

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY SAMANIT S.R.O.

Domov pro seniory Samanit s.r.o. Dětenice 18, 50724 Dětenice	Razítko, podpis, datum přijetí žádosti
---	--

1. ÚDAJE O ŽADATELI:

PŘÍJMENÍ	JMÉNO	TITUL

DATUM NAROZENÍ	
MÍSTO NAROZENÍ	
TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
KORESPONDENČNÍ ADRESA	
TELEFON	
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	

2. UVEĎTE DŮVODY, PROČ JSTE SE ROZHODL/A PODAT ŽÁDOST PRO UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA SENIORŮ:

3. V JAKÝCH PŘÍPADECH POTŘEBUJETE POMOC JINÉ OSOBY?

OSOBNÍ HYGIENA	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
CHŮZE	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PŘESUN NA LŮŽKO	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
OBLÉKÁNÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PÉČE O DOMÁCNOST	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
JÍDLO, PITÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
ORIENTACE	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PODÁVÁNÍ LÉKŮ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
OBSTARÁVÁNÍ OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
POPŘÍPADĚ DOPLŇTE DALŠÍ			

4. MÁTE PŘIZNÁN PŘÍSPĚVEK NA PÉČI?

NEMÁM

MÁM ZAŽÁDÁNO

POBÍRÁM

1. STUPEŇ

2. STUPEŇ

3. STUPEŇ

4. STUPEŇ

5. VÝŠE MĚSÍČNÍ ÚHRADY JE MINIMÁLNĚ KČ (DLE CENÍKU POSKYTOVANÝCH SLUŽEB). DLE ZÁKONA VÁM PO ZAPLACENÍ TÉTO ČÁSTKY Z VAŠICH PŘÍJMŮ JEŠTĚ MUSÍ ZŮSTAT 15 %. DOSAHUJÍ VAŠE PŘÍJMY TAKOVÉ ČÁSTKY?

6. POKUD VAŠE PŘÍJMY NEDOSAHUJÍ PO ODEČTENÍ 15 % NA PLNOU ÚHRADU POSKYTOVANÝCH SLUŽEB, UVEĎTE OSOBU, KTERÁ ZA VÁS BUDE ÚHRADU DOPLÁCET:

JMÉNO, PŘÍJMENÍ	
TELEFON	
VZTAH K ŽADATELI	

7. KONTAKTNÍ OSOBA PRO VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI:

JMÉNO, PŘÍJMENÍ	
TELEFON	
VZTAH K ŽADATELI	

K TÉTO ŽÁDOSTI JE DÁLE NUTNÉ PŘILOŽIT:

1. POSUDEK VAŠEHO REGISTRUJÍCÍHO VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE (VIZ DOKUMENT POSUDEK VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE).
2. DOKLAD O PŘIZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI NEBO KOPII ŽÁDOSTI O PŘIZNÁNÍ TOHOTO PŘÍSPĚVKU.
3. POKUD MÁTE OPATROVNÍKA, JE TŘEBA PŘEDLOŽIT PŘÍSLUŠNÉ USNESENÍ SOUDU O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA.
4. POKUD NEJSTE SCHOPN/A SE VLASTNORUČNĚ PODEPSAT, JE TŘEBA PŘEDLOŽIT VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O TÉTO SKUTEČNOSTI.

PODPISEM TÉTO ŽÁDOSTI SOUHLASÍM S TÍM, ŽE DOMOV PRO SENIORY SAMANIT S.R.O. JE OPŘÁVNĚN ZPRACOVÁVAT OSOBNÍ A CITLIVÉ ÚDAJE O MÉ OSOBE K POSUZOVÁNÍ SKUTEČNOSTÍ POTŘEBNÝCH PRO PŘIJETÍ ŽADATELE DO DOMOVA PRO SENIORY SAMANIT S.R.O. A PRO JEHO STATISTICKÉ ÚČELY. DÁVÁM TAK SOUHLAS K ZAJIŠŤOVÁNÍ A SHROMAŽĎOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ - PODKLADŮ PRO SPRÁVNÍ ŘÍZENÍ, PODLE USTANOVENÍ ZÁKONA Č.101/2000 SB., O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ, A TO PO CELOU DOBU ŘÍZENÍ AŽ DO DOBY ARCHIVACE A SKARTACE.

DÁLE TÍMTO POTVRZUJI, ŽE VEŠKERÉ UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ A JSEM SI VĚDOM/A, ŽE UVEDENÍ NEPRAVDIVÝCH ÚDAJŮ BY MĚLO ZA NÁSLEDEK NEPLATNOST UZAVŘENÉ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.

DATUM A MÍSTO:

PODPIS ŽADATELE (OPATROVNÍKA):