

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

VYZNAČTE, O KTEROU Z NABÍZENÝCH SLUŽEB ŽÁDÁTE:

- Služba **DOMOV PRO SENIORY** je určena ženám a mužům, kteří dosáhli **věk rozhodný pro přiznání starobního důchodu a jejichž potřeby není možno trvale zajistit v domácím prostředí**, ani za pomoci osob blízkých nebo jiné služby (například pečovatelské služby nebo stacionáře).
- Služba **DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM** je určena lidem od 60 let, kteří se nedokážou sami o sebe postarat, protože mají problémy s pamětí a sníženou schopnost orientace v místě, čase, prostoru či osobou, z důvodu onemocnění **Alzheimerovou chorobou, vaskulární a smíšenou demencí**, a jejich potřeby není možno zajistit v domácím prostředí ani za pomoci osob blízkých, terénní či ambulantní sociální služby.

INFORMACE O OSOBE, KTERÁ POTŘEBUJE POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ, VČETNĚ PSČ:

KONTAKT NA ŽADATELE:

MÍSTO AKTUÁLNÍHO POBYTU ŽADATELE:

KDO DOPOSUD POSKYTOVAL PODPORU ČI POMOC:

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI (např. snížená schopnost sebeobsluhy, osamělost, potíže s pamětí, potíže s orientací, snížená pohyblivost):

INFORMACE O OSOBĚ, KTERÁ POMÁHÁ S PODÁNÍM ŽÁDOSTI:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

VZTAH K ŽADATELI:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

EMAIL:

DALŠÍ KONTAKTY PRO KOMUNIKACI VE VĚCI ŽÁDOSTI (dobrovolný údaj):

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

VZTAH K ŽADATELI:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

EMAIL:

POZNÁMKY:

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:

Beru na vědomí, že po podání žádosti následuje osobní jednání s žadatelem o službu. **Pokud bude žádost schválena, ale nebude možné uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z kapacitních důvodů, bude žádost zařazena do pořadníku žadatelů.**

Beru na vědomí, že **poskytnuté údaje slouží k řádnému vedení evidence žadatelů**. V případě vyřazení žádosti z evidence budou údaje v souladu s platným spisovým a skartačním řádem po 1 roce skartovány.

Beru na vědomí povinnost **oznámit** sociální pracovníci pro jednání se zájemci o službu **významné změny** související s podáním žádosti (např. změna aktuálního pobytu, změna v potřebné péči, poskytnutí jiné sociální služby).

Přílohou žádosti je posudek lékaře o zdravotním stavu žadatele vystavený nejpozději 1 kalendářní měsíc před podáním žádosti.

Rádi Vám poskytneme bližší informace o podmínkách poskytování služeb a možnostech řešení Vaší situace. Dotazy či rovnou vyplněnou žádost můžete zaslat e-mailem, poštou, datovou schránkou nebo podat osobně v těchto dnech: **PONDĚLÍ 8:00 – 15:00**

E: zadosti@domovkorytko.cz

ID: vcaypff

Domov Korýtko, příspěvková organizace

T: 596 761 601

M: 739 201 193

Sídlo: Petruškova 2936/6, 700 30 Ostrava

Osobně: Hladnovská 751/119, 712 00 Ostrava

Dočasně: Na Liščině 342/10, 711 00 Ostrava

V

Dne

.....
Podpis osoby, která potřebuje sociální službu

.....
Podpis osoby, která pomáhá při podání žádosti