

Specifika požadované péče: (zakroužkujte dle vašich potřeb)	Oblékání a denní hygiena	Samostatně	S dohledem	S pomocí
	Koupání	Samostatně	S dohledem	S pomocí
	Příjem stravy	Samostatně	S pomocí (naporcovat stravu)	Pomoc v plném rozsahu (krmení)
	Správa financí	Samostatně	Dohled	Pomoc
	Nákupy	Samostatně	S doprovodem	Pomoc v plném rozsahu (nakoupit)
	Podávání léků	Samostatně	Připravit	Připravit a podat
	Zdravotní úkony	Převazy	Injekce	Aplikace inzulínu
Bylo případně zahájeno řízení o omezení Vaší svéprávnosti?	a) Ano, od data: b) Ne			
Podpis žadatele a souhlas				
<i>Svým podpisem souhlasím s poskytnutím osobních a citlivých údajů uvedených v žádosti a jejich přílohách po dobu poskytování sociální služby. Údaje budou zpracovány a archivovány po dobu 5let od vyřazení ze seznamu zájemců.</i>				
Datum a podpis žadatele:				

Povinnou přílohou žádosti je náš formulář: **Vyjádření lékaře** (viz. příloha č. 3.2), bez této přílohy nemůže být žádost přijata do seznamu žadatelů. Propouštěcí zprávy z nemocnic apod. mohou být přiloženy, avšak nenahrazují lékařský posudek.

Případné dotazy zodpoví:

Žádost doručte na adresu:

Sociální pracovnice
Tel. 773 770 490
magda.kolarova@armadaspasy.cz

Domov Přístav
Armáda spásy v ČR
Vikýřovická 3313
78701 Šumperk

Údaje o zákonném zástupci (vyplňujte pouze v případě, kdy Vám byl soudem určený opatrovník)	
Název / jméno:	
Kontaktní adresa:	
Telefon:	
Email:	
Rozhodnutí soudu:	název soudu: číslo jednací: datum rozhodnutí:
Datum a podpis opatrovníka:	