

**Příloha č. 3.1.**

Žádost o přijetí do Domova Přístav

Vnitřní dokument

Platnost od 1.3.2023

Vyplňuje zařízení:

Evidenční číslo žádosti:	
Datum přijetí žádosti:	

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PŘÍSTAV OSTRAVA - ZUKALOVA**

domov se zvláštním režimem, Zukalova 1401/3, 703 00 Ostrava

<b>Jméno a příjmení:</b>	
Datum narození:	
<b>Trvalý pobyt:</b> <i>(dle OP)</i>	
<b>Státní příslušnost:</b>	
Typ současného ubytování:	a) byt, dům b) příbuzní c) nemocnice, léčebna, LDN d) ubytovna e) azylový dům f) noclehárna g) ulice h) jiné zařízení .....
<b>Kontaktní adresa současného ubytování:</b> <i>(Na tuto adresu zašleme odpověď na vaši žádost.)</i>	E-mail: _____ Telefon: _____
<b>Kontakt na osobu,</b> která žádost zprostředkovává: <i>např. soc. pracovník</i>	E-mail: _____ Telefon: _____
Stupeň závislosti na pomoci jiné osoby  <i>Tzv. příspěvek na péči</i>	a) bez závislosti na pomoc jiné osoby b) ještě není rozhodnuto, žádost byla podána dne ..... c) I. stupeň – lehká závislost d) II. stupeň – středně těžká závislost e) III. stupeň – těžká závislost f) IV. stupeň – úplná závislost
<b>Hlavní důvod žádosti o přijetí do domova:</b>  <i>(popište svou nepříznivou sociální situaci)</i>	
<b>Vaše očekávání od naší služby:</b>	

<b>Jaká péče je potřeba:</b>  (zakroužkujte co zvládáte samostatně a s čím potřebujete pomoci)	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	S dohledem	S pomocí
	Nákupy	Samostatně	S doprovodem	Pomoc v plném rozsahu (nakoupit)
	Podávání léků	Samostatně	Připravit	Připravit a podat
	Zdravotní úkony	Převazy	Injekce	Aplikace inzulínu
Bylo zahájeno řízení o omezení Vaší svéprávnosti?	a) Ano, od data: b) Ne			
Prohlášení žadatele:	V případě plné kapacity domova žádám o zařazení do seznamu žadatelů o tuto sociální službu. a) Ano b) Ne			
<b>UPOZORŇUJEME, že v domově nemáme zdravotní personál na noční směně od 18 – 6 hodin, proto nepodáváme noční léky a inzulín.</b>				
<b>Datum a podpis žadatele</b>				

**Povinnou přílohou** žádosti je náš formulář: **Vyjádření lékaře** o zdravotním stavu žadatele, bez této přílohy nemůže být žádost přijata. Propouštěcí zprávy z nemocnic apod. **nenahrazují** toto vyjádření lékaře.

Případné dotazy zodpoví:  
**Sociální pracovnice**  
**Tel. 773 770 125**  
**zadosti.pristavyostrava@armadaspasy.cz**

Žádost doručte na adresu:  
**Domov Přístav**  
**Zukalova 1401/3**  
**703 00 Ostrava**

<b>Údaje o opatrovníkovi:</b> <i>(vyplňujte pouze v případě, kdy Vám byl soudem určen opatrovník)</i>	
Název / jméno:	
Kontaktní adresa:	E-mail: Telefon:
Rozhodnutí soudu:	název soudu: číslo jednací: datum rozhodnutí:
<b>Datum a podpis opatrovníka:</b>	