



Příloha č. 3.1.
Žádost o přijetí do Domova Přístav
Vnitřní dokument
Platnost od 1.5.2024

Vyplňuje zařízení:

Evidenční číslo žádosti:	
Datum přijetí žádosti:	



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PŘÍSTAV:

(zatrhněte vybraný domov)

OSTRAVA – ZUKALOVA

DOMOV SE ZVLÁŠTÍM REŽIMEM,
ZUKALOVA 3, 703 00 OSTRAVA (OD **27** LET)

OSTRAVA – KUNČIČKY

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM,
HOLVEKOVA 38, 718 00 OSTRAVA (OD **50** LET)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Trvalý pobyt: <i>Dle občanského průkazu</i>	
Státní příslušnost:	
Kontaktní adresa současného ubytování: <i>Na tuto adresu zašleme odpověď na vaši žádost.</i>	E-mail: _____ Telefon: _____
Typ současného ubytování:	<input type="checkbox"/> byt, dům (vlastní, nájemní) <input type="checkbox"/> nemocnice, léčebna <input type="checkbox"/> ubytovna, příbuzní <input type="checkbox"/> azylový dům <input type="checkbox"/> noclehárna, ulice <input type="checkbox"/> jiné zařízení
Kontakt na osobu, která žádost zprostředkovává: <i>např. soc. pracovník</i>	E-mail: _____ Telefon: _____

Hlavní důvod žádosti o přijetí do domova: <i>popište svou nepříznivou sociální situaci</i>	
--	--

Vaše očekávání od naší služby:	
Stupeň závislosti na pomoci jiné osoby <i>Tzv. příspěvek na péči</i>	<input type="checkbox"/> bez závislosti na pomoci jiné osoby <input type="checkbox"/> I. stupeň – lehká závislost <input type="checkbox"/> II. stupeň – středně těžká závislost <input type="checkbox"/> III. stupeň – těžká závislost <input type="checkbox"/> IV. stupeň – úplná závislost
Jaká péče je potřeba: <i>zatrhněte s čím potřebujete pomoci</i>	Při oblékání a denní hygieně potřebuji: <input type="checkbox"/> dohled <input type="checkbox"/> pomoc Při koupání potřebuji: <input type="checkbox"/> dohled <input type="checkbox"/> pomoc Při podávání stravy potřebuji: <input type="checkbox"/> dohled <input type="checkbox"/> pomoc Při správě financí a komunikaci s úřady potřebuji: <input type="checkbox"/> dohled <input type="checkbox"/> pomoc Potřebuji pomoc se zdravotními úkony (podávání léků, převazy inzulin...) <input type="checkbox"/> Potřebuji komplexní ošetrovatelskou péči na lůžku <input type="checkbox"/> Zažívám zneužívání svým okolím (fyzické, psychické, finanční...) <input type="checkbox"/>
Bylo zahájeno řízení o omezení Vaší svéprávnosti?	<input type="checkbox"/> ANO, od data: <input type="checkbox"/> NE
Prohlášení žadatele:	V případě plné kapacity domova žádám o zařazení do seznamu žadatelů: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
UPOZORŇUJEME, že v Domově Přístav Ostrava – Zukalova nemáme zdravotní personál na noční směně od 18 – 6 hodin, proto zde nepodáváme noční léky a inzulin.	
Datum a podpis žadatele	

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:
Domovy Přístav
Holvekova 38
718 00 Ostrava

Údaje o opatrovníkovi: <i>(vyplňujte pouze v případě, kdy byl žadatelem soudem ustanoven opatrovník)</i>	
Název / jméno:	
Kontaktní adresa:	
E-mail:	Telefon:
Datum a podpis opatrovníka:	