



www.pdss.cz

# Podkrušnohorské domovy sociálních služeb

Dubí - Teplice, příspěvková organizace

Na Výšině 494, 417 01 Dubí

Tel. 417 571 102

IČO 63787849

pdss@pdss.cz

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ

Podací razítko

Datum podání žádosti: \_\_\_\_\_

Pořadové číslo: \_\_\_\_\_

Pozn.: Šedé části formuláře nevyplňujte!

Žadatel: \_\_\_\_\_  
Titul, příjmení, jméno

Narozen: \_\_\_\_\_  
Den, měsíc, rok

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_  
Obec, část obce, ulice, číslo popisné, číslo evidenční, PSČ (pozn. - bydliště uvedené v OP)

Státní příslušnost: \_\_\_\_\_ Národnost: \_\_\_\_\_

Příspěvek na péči: ANO – NE Stupeň: \_\_\_\_\_

Co očekává žadatel od našeho zařízení: \_\_\_\_\_

**Kontaktní osoby:** Jméno, příjmení, příbuzenský vztah k žadateli, telefon, adresa a popř. e-mail

1.

2.

Jméno a adresa zákonného zástupce, v případě omezení svéprávnosti žadatele:

Rozsudek vydal \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Č. j. \_\_\_\_\_

Zároveň Vás žádáme o včasnou aktualizaci změn adres a telefonů (dovolená, stěhování, úmrtí)

Žadatel je v péči praktického lékaře:

V současné době je žadatel umístěn ve zdravotnickém či sociálním zařízení:

Důvod umístění: \_\_\_\_\_ Zařízení: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa zdravotnického zařízení, telefon

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Žadatel má průkaz: TP - ZTP - ZTP/P – značky ZPO  
Název, případně kód (označte druh)

**Korespondenční adresa:**

Jméno osoby, u které se žadatel zdržuje, obec, část obce, ulice, číslo popisné, číslo evidenční, PSČ (pozn. - v případě shodnosti s trvalým bydlištěm proškrtněte)

**UPOZORNĚNÍ ŽADATELE ( příp. zákonného zástupce):**

Beru na vědomí, že v souladu s ustanovením § 73 odst.1, 3 a 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanoví maximální výši úhrady za ubytování a stravu prováděcí právní předpis a osoba, které jsou poskytovány pobytové sociální služby v domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem, a které by po úhradě nákladů za ubytování a stravu nezůstalo 15% z jejího příjmu, je povinna doložit poskytovateli těchto sociálních služeb výši svého příjmu pro účely stanovení úhrady a neprodleně mu oznamovat změny v příjmu, které mají vliv na výši úhrady.

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti uvedl(a) pravdivě.

Beru na vědomí, že je mou povinností a v mém osobním zájmu údaje uvedené v této žádosti a v jejích přílohách průběžně aktualizovat.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce)

**Seznam podkladů potřebných pro jednání se zájemcem o sociální službu:**

1. Vyjádření ošetřujícího lékaře, případně odborného lékaře.
2. Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.
3. Kopie ustanovení zvláštního příjemce důchodu či příspěvku, byl-li žadatelem ustanoven.
4. Rozhodnutí o ustanovení opatrovníka – v případě byla-li provedena úprava omezení svéprávnosti u žadatele.

**Rozhodnutí poskytovatele sociálních služeb:**

Datum zařazení do registru žádostí: \_\_\_\_\_  
Žádost musí být kompletní, včetně provedení jednání se zájemcem o sociální službu

Zamítnutí žádosti \_\_\_\_\_

Výzva k nástupu dne: \_\_\_\_\_ Žadatel požádal o odklad: \_\_\_\_\_

Nástup do zařízení: \_\_\_\_\_ Registrovaná služba: \_\_\_\_\_

Žádost vyřazena: \_\_\_\_\_

Žádost zpracovala: \_\_\_\_\_

Razítko organizačního úseku