



# Žádost

o poskytování pobytových sociálních služeb v **Domově důchodců Lipová**

**Kontaktní údaje:** Domov důchodců Lipová, č. p. 273, Lipová, 407 81  
**Sociální úsek:** tel. 412 391 301  
**sociální pracovnice:** Bc. Lenka Fišarová tel. 775 722 577  
email: l.fisarova@ddlipova.cz  
**vedoucí sociálního úseku:** Dana Filausová tel. 775 722 561  
email: d.filausova@ddlipova.cz

NEHODÍČÍ SE ŠKRTNĚTE \* NEPOVINNÝ ÚDAJ

<b>Datum podání žádosti:</b>	<b>Pořadové číslo žádosti:</b>
<b>JMÉNO:</b>	<b>DATUM NAROZENÍ:</b>
<b>RODNÉ PŘIJMENÍ:</b>	<b>MÍSTO NAROZENÍ:</b>
<b>PŘÍJMENÍ:</b>	<b>ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:</b>
<b>BYDLIŠTĚ:</b>	<b>RODNÉ ČÍSLO:</b>
	<b>NÁRODNOST:</b>
	<b>JMÉNO A ADRESA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:</b>
<b>RODINNÝ STAV:</b> SVOBODNÁ VDANÁ ROZVEDENÁ OVDOVĚLÁ	
<b>*PŮVODNÍ ZAMĚSTNÁNÍ:</b>	<b>VZDĚLÁNÍ:</b> ZŠ SOU SŠ VŠ
<b>*DRUH DŮCHODU:</b> STAROBNÍ INVALIDNÍ VDOVSKÝ	<b>*VÝŠE DŮCHODU:</b>
<b>ZPŮSOB VÝPLATY:</b> POŠTOU NA ÚČET	<b>*DEN SPLATNOSTI:</b>
<b>*PŘÍSPĚVEK NA PÉČI:</b> ANO NE ZAŽÁDÁNO	<b>*VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI:</b> 880,- 4400,- 8800,- 13200,-
<b>*VÝŠE MĚSÍČNÍCH SRÁŽEK (SPLÁTKA, EXEKUCE):</b>	
<b>ZBAVENA ZPŮSOBILOSTI K RÁVNÍM ÚKONŮM:</b> ANO NE	<b>ČÍSLO JEDNACÍ:</b>
<b>SÍDLO SOUDU:</b>	

**OPATROVNÍK:** JMÉNO PŘÍJMENÍ:  
ADRESA : TELEFON/EMAIL:

**OSOBY V PŘÍBUZENSKÉM VZTAHU NEBO OSOBY BLÍZKÉ.  
KDO MÁ BÝT INFORMOVÁN O VÁŽNÉM ONEMOCNĚNÍ, ÚMRTÍ ŽADATELKY?**

**A) JMÉNO PŘÍJMENÍ:**

ADRESA:

TELEFON/EMAIL

PŘÍBUZENSKÝ VZTAH:

SOUHLASÍM SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

**ANO NE**

SOUHLASÍM S INFORMOVÁNÍM O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELKY

**ANO NE** PODPIS \_\_\_\_\_

**B) JMÉNO PŘÍJMENÍ:**

ADRESA:

TELEFON/EMAIL:

PŘÍBUZENSKÝ VZTAH:

SOUHLASÍM SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

**ANO NE**

SOUHLASÍM S INFORMOVÁNÍM O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELKY

**ANO NE** PODPIS \_\_\_\_\_

*Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady za vzniklé škody, event. i odstoupení ze smlouvy o poskytování sociálních služeb.*

**Dne** \_\_\_\_\_

**Podpis** .....  
(vlastnoruční podpis žadatelky)

**Přílohy žádosti:**

**Podpis opatrovníka:** .....

- vyjádření lékaře
- \*rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- \*doklad o výši důchodu (důchodový výměr, ústřížek složenky)
- je-li zbavena způsobilosti- doklad o zbavení způsobilosti a listina ustanovení opatrovníka

**Postup po přijetí žádosti:**

1. Posouzení žádosti proběhne do 30 dnů. V případě, že bude žádost zamítnuta, budete o této skutečnosti informováni písemně.
2. V případě, že kapacita Domova nebude plně obsazena, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a poskytnuty bližší informace.
3. V případě, že kapacita Domova bude plně obsazena, bude Vaše žádost zařazena do pořadníku. V okamžiku uvolnění, budete kontaktována s návrhem termínu zahájení služby.