

**Centrum Dominika Kokory**

příspěvková organizace

Kokory 54, 751 05 Kokory

[www.dominikakokory.cz](http://www.dominikakokory.cz)

IČ 61985929

Bankovní spojení: KB 27424831/0100

Zapsaná v obchodním rejstříku u KS v Ostravě oddíl Pr., vložka 766

Datum přijetí žádosti :

Podací razítko :

**Žádost o poskytnutí sociální služby  
v Centru Dominika Kokory, p. o.**

**služba:**

- ┆ Domov pro osoby se zdravotním postižením
- ┆ Domov pro seniory

**Žadatelka/žadatel:**

.....

(jméno, příjmení)

**Datum narození**..... **Telefon žadatele**.....

**Trvalé bydliště**.....

(adresa včetně PSČ)

**Doručovací adresa:**.....

(adresa včetně PSČ)

**Příspěvek na péči:**    má

                         nemá

                         v řízení

**Kontaktní osoba v případě nutnosti, kdy se nebude možné se žadatelem spojit:**

**Jméno a příjmení:**.....

**Adresa (včetně PSČ):**.....

**Telefon**.....

**Kontakt na zákonného zástupce (opatrovníka),** je-li žadatelka/žadatel omezen/a ve svéprávnosti:

.....

.....

*(jméno, příjmení, přesná adresa včetně PSČ, telefon, mobil)*

**Důvod podání žádosti o sociální služby:**.....

.....

.....

.....

.....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že nejpozději do 8 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů pro potřeby evidence Centra Dominika Kokory, p. o. Souhlas se zpracováním osobních údajů lze vzít kdykoliv zpět, ale v takovém případě nemůže být žadateli poskytnuta Centrem Dominika Kokory, p. o. sociální služba.

V..... dne : .....

.....

podpis žadatelky/žadatele

.....

podpis zákonného zástupce  
(opatrovník)

Pozn.: je-li žadatelka/žadatel omezen/a ve svéprávnosti – podepisuje žádost soudem ustanovený zákonný zástupce (opatrovník)

### **Přílohy k žádosti:**

- u žadatelky/žadatele omezené/ho ve svéprávnosti – kopii rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka
- vyplněné Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatelky/žadatele o umístění do Centra Dominika Kokory, p. o.

### **Informace o dalším postupu**

V případě, že potřebujete poradit při vyplňování žádosti, Vám bude nápomocna **sociální pracovnice v Kokorách (tel.: 581 292 620/5) nebo v Dřevohosticích (tel.: 581 706 032)**

Kompletně vyplněnou „Žádost o poskytnutí sociální služby v Centru Dominika Kokory, p.o.“, včetně všech výše uvedených příloh můžete zaslat na adresu: Centrum Dominika Kokory, p.o. Kokory 54, 751 05 Kokory nebo doručit osobně.

Po přijetí Vaší „žádosti“ do Centra Dominika Kokory, p. o., zašleme do 30 dnů písemné vyjádření k Vaší žádosti. Ve složitějších případech se lhůta prodlužuje na 60 dnů.

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění do:

- ┆ Domova pro osoby se zdravotním postižením
- ┆ Domova pro seniory

<b>1.</b>	<b>Žadatelka/žadatel</b> .....				
		příjmení, jméno			
	narozen/a.....				
		den, měsíc, rok			
	bydliště.....				
	obec	ulice	číslo	PSČ	

## 2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

---

## 3. Objektivní nález:

---

## 4. Duševní stav:

**Alkoholismus:** ANO NE \*)

**Agresivita:** ANO NE \*)

\*) Nehodící škrtněte

## 5. Souhrn diagnózy:

---

## 6. Přílohy:

- a) U TBC onemocnění ( i v anamnéze ) musí být specializovaného ZZ pro léčbu tuberkulózy
- b) jiné důležité informace o zdravotním stavu ( rtg., laboratoř, apod.)
- 

## 7. Sebeobsluha:

- |   |                         |                                     |
|---|-------------------------|-------------------------------------|
| Je upoután trvale – převážně *) na lůžko          | ANO                     | NE *)                               |
| Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby            | ANO                     | NE *)                               |
| Je schopen chůze s pomocí                         | ♦ hole *)               |                                     |
|   | ♦ berle jedné – dvou *) |                                     |
|   | ♦ chodítka *)           |                                     |
| Pohybuje se na invalidním vozíku                  | ANO                     | NE *) sám – s pomocí druhé osoby *) |
| Je schopen se sám                                 | ♦ najíst                | ANO NE *)                           |
|   | ♦ vykoupat              | ANO NE *)                           |
|   | ♦ obléci                | ANO NE *)                           |
|   | ♦ about                 | ANO NE *)                           |
| Pomočuje se                                       | ♦ trvale                | ANO NE *)                           |
|   | ♦ občas                 | ANO NE *)                           |
|   | ♦ v noci                | ANO NE *)                           |
| Potřebuje lékařskou péči – trvale – občas *)      | ANO                     | NE *)                               |
| Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého: | ANO                     | NE *)                               |
| Potřebuje zvláštní péči – jakou:                  | ANO                     | NE *)                               |

Jiné údaje:

**8. Posouzení zdravotního stavu vylučující poskytování pobytových sociálních služeb  
v § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů:**

Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení ANO NE\*)

Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci ANO NE\*)

Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití ANO NE\*)

Dne: .....

.....  
podpis vyšetřujícího lékaře  
(jmenovka)

---