

## **Žádost o poskytnutí sociální služby**

Domov pro seniory  
Domov se zvláštním režimem

**1. Žadatel:** ..... **rodinný stav:** .....

*jméno, příjmení*

**2. Narozen:** .....

*den, měsíc, rok*

*místo*

**3. Trvalé bydliště:** ..... **telefon:** .....

*obec, ulice, číslo domu, PSČ*

**4. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce** (v případě rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti žadatele):  
.....

**5. Žádám o poskytování sociální služby (zaškrtněte):**

**Domov pro seniory (pracoviště Domov důchodců v Poličce)**

Tato pobytová služba je poskytována dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je určena seniorům a osobám se zdravotním postižením od 50 let věku, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku nebo změn zdravotního stavu a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je přednostně poskytována žadatelům s trvalým pobytem v členských obcích SO AZASS.

**Domov se zvláštním režimem AZASS Polička**

Tato pobytová služba je poskytována dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je určena osobám od 50 let, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu onemocnění Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je přednostně poskytována žadatelům s trvalým pobytem v členských obcích SO AZASS.

**6. Důvody podání žádosti:**

- a) zdravotní stav
- b) neschopnost základních úkonů sebeobsluhy (např. oblékání, osobní hygiena)
- c) neschopnost pečovat o domácnost (např. vaření, úklid)
- d) nevyhovující byt (např. není bezbariérový)
- e) jiný důvod

**7. Požadavek na ubytování:**

- a) jednolůžkový pokoj
- b) dvoulůžkový pokoj
- c) požaduji ubytování s konkrétní osobou: .....



**17. Uved'te, prosím, osoby ochotné dobrovolně přispívat na případnou úhradu za pobyt žadatele v domově v případě jeho nedostatečného příjmu** (možnost dle § 71 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

*jméno a příjmení*                      *adresa*                      *telefon*                      *podpis*

.....  
.....  
.....  
.....

**18. Jméno, adresa a telefon praktického lékaře žadatele:**

.....

**19. Adresa současného pobytu žadatele** (uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti na jiné adrese, než je uvedena v bodu 3):

.....  
.....

**20. Další doplňující údaje:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Datum a podpis žadatele:** .....

**nebo zákonného zástupce:** .....

**Vyplněnou žádost včetně příloh \*) zašlete na adresu:**

Domov důchodců v Poličce  
Eimova 1020  
572 01 Polička

**Dotazy, popř. pomoc s vyplněním žádosti na adrese:**

Domov důchodců v Poličce  
Eimova 1020, 572 01 Polička  
telefon: 461 722 700/453

e-mail: [socialni.ddpolicka@tiscali.cz](mailto:socialni.ddpolicka@tiscali.cz)

nebo na příslušných obecních úřadech členských obcí SO AZASS

**\*)** součástí žádosti o poskytnutí sociální služby je:

- vyplněný Zdravotní dotazník (vyplní praktický/ v případě hospitalizace ošetřující lékař)
- podepsaný Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů a využíváním rodného čísla

**Záznamy poskytovatele služby – nevyplňujte prosím**

Datum přijetí žádosti:.....

Datum vyřízení žádosti: .....