



Žadatel má zájem o:

- jednolůžkový pokoj
- dvoulůžkový pokoj
- jiné požadavky

## Posouzení péče o vlastní osobu

Činnosti	ano	s pomocí	ne
příprava stravy			
podávání porcování stravy			
přijímání stravy			
mytí těla			
koupání sprchování			
péče o ústa, vlasy, nehty, holení			
výkon fyzické potřeby včetně hygieny			
vstávání z lůžka, ulehání, změna polohy			
sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě			
stání, schopnost vydržet stát			
přemísťování předmětů denní potřeby			
chůze po rovině			
chůze po schodech nahoru a dolů			
výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení			
oblékání, svlékání, obouvání, zouvání			
orientace v přirozeném prostředí			
provedení si jednoduchého ošetření			
dodržování léčebného režimu			

Původní povolání

.....

Důležité zvyky rituály

.....

Zájmy, záliby

.....

Další důležité informace

.....

.....

Příspěvek na péči ano (v kterém stupni, I-IV) ne v řízení

**Podepsáním této žádosti se zavazují, že v době čekání na umístění do DPS-Domova sv. Vavřince budu 1x ročně písemně, elektronicky, telefonicky, osobně informovat sociálního pracovníka na telefonním čísle: 731 952 843, o aktuálnosti své žádosti.**

**Dávám souhlas se zpracováním osobních údajů v rozsahu uvedeném v žádosti a souhlasím se zařazením do evidence zájemců o sociální službu v Domově svatého Vavřince. Žádost bude archivována po dobu 10 let od podání žádosti.**

**Žadatel o pobytovou sociální službu souhlasí s evidencí žádostí v IT systému Libereckého kraje za účelem zajištění efektivního řízení Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje. Data o žadateli jsou anonymizována (pseudonymizována) a budou po přijetí žádosti do pobytového zařízení smazána. Poskytovatel sociálních služeb je pověřen k poskytování sociální služby a vystupuje jako zpracovatel osobních údajů pro Liberecký kraj coby správce.“**

**Příloha k žádosti:**

Zpráva, nebo vyjádření ošetřujícího lékaře

Výše priznaného příspěvku na péči

Potvrzení, že žadatel není schopen podpisu (pouze u žadatele, který má zdravotní omezení, které mu neumožňuje vlastnoručně se podepsat).

V.....

Podpis žadatele.....

## VYPLNÍ POSKYTOVATEL

Datum přijetí žádosti

.....

Žadatel má zájem:

- sociální lůžko, alespoň částečně soběstačný žadatel
- ošetrovatelské lůžko

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

V.....

Podpis poskytovatele.....