

# DOTAZNÍK ZÁJEMCŮ O SLUŽBU SOCIÁLNÍ REHABILITACE V ZAŘÍZENÍ DIAKONIE DUBÁ

## 1) OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO ..... DATUM NAROZENÍ: .....

ADRESA + PSČ: .....

..... ZÁJEM O POBYT OD (měsíc, rok): .....

KONTAKTNÍ TELEFON, E-MAIL: .....

POPSAT DŮVODY ŽÁDOSTI (rodinné, osobní, jiné): .....

.....

.....

## 2) ZDRAVOTNÍ ÚDAJE (zatrhněte políčko a upřesněte):

### a) ZDRAVOTNÍ HANDICAP:

- CHODÍCÍ BEZ POMŮCEK
- CHODÍCÍ O BERLÍCH
- POSTIŽENÍ HORNÍCH KONČETIN
- VOZÍČKÁŘ
- ZRAKOVÁ VADA (specifikace) .....
- SLUCHOVÁ VADA (specifikace).....
- MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (stupeň) .....
- VADA ŘEČI (specifikace).....

### b) JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE:

- NERVOVÉ NEMOCI (epilepsie, DMO, apod.) .....
- INKONTINENCE (moč, stolice) .....
- DUŠEVNÍ VADA (specifikace) .....
- SVALOVÉ POSTIŽENÍ (myopatie, jiné) .....
- JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE (diety, apod.) .....
- VNITŘNÍ POSTIŽENÍ (ledviny, játra, žaludek, apod.) .....
- KOŽNÍ NEMOCI (lupénka, ekzém, jiné - specifikace) .....

Přesná specifikace postižení a zdravotních potíží: .....

.....

.....

.....

.....

### a+b) UPŘESNĚNÍ POTŘEB POMOCI VZHLEDEM K POSTIŽENÍ:

- POMOC PŘI SEBEOBSLUZE (osobní hygiena, toaleta, oblékání)
- SAMOSTATNĚ ZA POUŽITÍ POMŮCEK (osobní hygiena, toaleta, oblékání, jídlo)
- POMOC PŘI POHYBU V BUDOVĚ
- POMOC PŘI POHYBU VENKU
- REHABILITACE (popsat druhy a četnost) .....
- .....
- .....

Další specifikace potřeb pomoci: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4) UPŘESNĚNÍ FORMY POBYTU – žádám o tuto formu pobytu :**

- DLOUHODOBÝ POBYT (max. 3 roky)  
 KRÁTKODOBÝ POBYT – uveďte žádanou délku .....

**4) ÚDAJE O PŘÍJMECH** dle Zákona o sociálních službách platného od 1. 1. 2007

*Tyto údaje uveďte pro správný výpočet poplatku za ubytování a poskytovanou péči :*

- VÝŠE PŘÍZNANÉHO DŮCHODU ..... v Kč  
 STUPEŇ ZÁVISLOSTI – uveďte číslicí ..... a výše ..... v Kč

**Prohlášení žadatele:** Souhlasím tímto se zpracováním osobních údajů, které jsem v žádosti uvedl a které jsou též součástí přiložené lékařské zprávy. Současně souhlasím s tím, že má lékařská dokumentace (zpráva) bude v případě nejasností a z důvodu objektivitě posouzení konzultována s lékařem.

Datum a podpis žadatele: .....

**POZNÁMKA: K žádosti připojte lékařskou zprávu, použít můžete buď náš tiskopis (vyjádření lékaře.pdf nebo vlastní formulář).**

Vyplněnou žádost zašlete na následující adresu:

DIAKONIE DUBÁ  
Centrum pomoci - Nový domov  
Dlouhá 87  
471 41 Dubá

Další informace na telefonu:

487 870 051 nebo 739 050 523 (M. Exner)

# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY

## v Centru sociální rehabilitace Diakonie Dubá

Žádám tímto o umístění v Centru sociální rehabilitace od ..... Byl/a jsem seznámen/a s chodem zařízení a v dotazníku i při přijímacím pohovoru jsem uvedl/a všechny informace potřebné k rozhodování o schválení pobytu.

Jméno: .....

Datum .....

Příjmení .....

Trvalé bydliště: .....

.....

.....

podpis žadatele

▲ vyplňuje žadatel

### Oznámení:

Výkonný ředitel Diakonie Dubá na základě provedeného sociálního šetření \* **schvaluje /neschvaluje** umístění ..... v Centru sociální rehabilitace Dubá ke dni .....

\*Smlouva o poskytnutí služby bude sepsána nejpozději v den nástupu.

Poznámka: .....

.....

.....

.....

.....

V Dubé dne .....

Za Diakonii Dubá (jméno, funkce) .....

(podpis) .....

▲ vyplňuje poskytovatel služby