



**SLEZSKÁ HUMANITA, o. s.**  
**humanitární společenství pro zdravotnictví a sociální pomoc**  
Sokolovská 1761, 735 06 Karviná – Nové Město, IČ 42864917  
**Občanské sdružení**

**Žádost o přijetí do Domova pro seniory**  
**SLEZSKÉ HUMANITY, o. s. s nepřetržitým provozem:**

- v Karviné\*  
 v Orlové \*  
 v Českém Těšíně\*  
 v Horní Suché\*

(\*prosím, zatrhněte Vámi požadované domovy)

**Základní údaje:**

**Příjmení a jméno žadatele(ky):**.....

**Trvalý pobyt:**.....

**Současný pobyt:**..... **stav:** .....

**Datum narození:**..... **Státní příslušnost:**.....

**Příspěvek na péči\*:** nepodán, v řízení, vyřízen..... **ve výši:**.....

**Žádost podává\*:**žadatel(ka) jiná osoba v zastoupení (**na základě ověřené plné moci k podání žádosti do Domova SLEZSKÉ HUMANITY**), uveďte jméno a vztah k žadateli

.....

**Plná moc přiložena k žádosti\*:** ANO NE

**Rodinní příslušníci** (uveďte všechny své nejbližší příbuzné)

jméno	příjmení	vztah	adresa	telefon	email
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

\* Prosím zatrhněte

Tel./Fax:  
596 315 363

bankovní spojení KB Karviná  
35-9312940297/0100

e-mail:  
reditelstvi@slezkahumanita.cz

**U žadatele omezeného či zbaveného způsobilosti k právním úkonům uveďte:**

**Jméno a příjmení opatrovníka:**

**Rozhodnutí soudu ze dne:**

**Číslo jednací:**

**Pohledávky, exekuce:** .....

**Při nástupu do DpS žádáme o předložení následujících dokladů:**

- platný občanský průkaz s aktuálními údaji
- kartu pojišťovny
- doklady o řízení příspěvku na péči (pokud je vyřízen, nebo v řízení)
- u osob neschopných vlastnoručního podpisu z důvodů tělesné indispozice – je nutno vyřídit Plnou moc k zastupování (notářsky ověřenou)
- aktuální důchodový výměr (pouze u osoby, která žádá o snížení úhrady za ubytování a stravu)

**Součástí žádosti je i vyjádření ošetřujícího lékaře.**

**Ostatní údaje:**

**Proč žádáte o umístění v domově pro seniory?\***

- nepříznivá situace v bydlení – ztráta bydlení, technické bariéry, negativní soužití více generací.
- nezvládnutelná situace Vašeho zdravotního stavu
- potřeba celodenní péče, osamělost
- jiné důvody.....

**Dřívější povolání žadatele:**.....

**Druh a způsob dosavadního bydlení\*:** byt o vel.....(družstevní, státní, v os. vl.), rodinný dům

**Sám (a)/s někým**

.....

**Jiné pobytové zařízení** – charitní dům, dům s pečovatelskou službou, jiné.....

**O byt či dům se bude starat po mém umístění do domova pro seniory:** .....

---

\* \* Prosím zatrhněte

.....  
**Jsem spíše\*** : otevřený, uzavřený, společenský, samotář, klidný, výbušný, konfliktní, nekonfliktní.

**Přál bych si pokoj\***: jednolůžkový, dvojlůžkový, tři a více lůžkový.

**Další mé údaje, požadavky, potřeby, zájmy:**.....  
.....  
.....

**Co očekávám od života v domově pro seniory?** .....  
.....  
.....

**Jméno praktického lékaře a kontakt:**.....

**Vlastním průkaz\***    **TP**    **ZTP**    **ZTP/P**

**Prohlášení žadatele (ky) nebo jeho zastupujícího:**

Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.

Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti  
(vyjádření lékaře) hradí sám.

Žadatel bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální  
služby neprodleně sdělí.

Žadatel v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů  
a o změně některých zákonů,  
souhlasí se shromažďováním osobních a citlivých údajů při vyřizování předmětné žádosti.

Tato žádost je evidována organizací po dobu 3 let.  
Pravidelně 1x ročně se provádí ověření požadavků o umístění.

V.....Dne.....

Podpis žadatele.....

Podpis jiné osoby v zastoupení na základě ověřené plné moci.....

**Vyplněnou Žádost o přijetí do domova pro seniory SLEZSKÉ HUMANITY  
doručte na adresu: Ředitelka SLEZSKÉ HUMANITY, Sokolovská 1761,  
735 06 Karviná – Nové Město.**



**SLEZSKÁ HUMANITA, o. s.**  
**humanitární společenství pro zdravotnictví a sociální pomoc**  
Sokolovská 1761, 735 06 Karviná – Nové Město, IČ 42864917  
**Občanské sdružení**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře**

**Jméno a příjmení** .....

**Datum narození:**.....**Poj:**.....

**Základní diagnóza, nejvíce ohrožující život (slovy a čísly):**.....  
.....

**Ostatní diagnózy (slovy a čísly):**.....  
.....  
.....

**Současná terapie (vypište veškerou medikaci včetně dávkování):**.....  
.....  
.....  
.....

**Dieta**..... **PEG** ANO – NE\*  
**SONDA** ANO – NE\*

**Důležité údaje:**

Stav pokožky, defekty, převazy.....

Dekubity.....

Vyšetření MRSA – datum.....výsledek.....

Tělesná hmotnost.....TK.....

Je samostatně mobilní	ANO	NE*
Je mobilní s pomocí druhé osoby	ANO	NE*
Používá ortopedické či jiné pomůcky	ANO	NE*
Je upoután (a) trvale na lůžko	ANO	NE*
Je schopen (a) se sám (a) obsloužit	ANO	NE*
Je inkontinentní	ANO	NE*
Je léčen (a) nebo sledován (a) pro infekční onemocnění	ANO	NE*
Alergie (pokud ano, jaká).....	ANO	NE*
Smyslová postižení (zrak, sluch).....	ANO	NE*

Potřebuje zvláštní péči – jakou (stomie, perm. katetr, nefrostomie).....  
.....

