

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY  
V ODLEHČOVACÍM POBYTOVÉM A REHABILITAČNÍM CENTRU PRO SENIORY**

**ŽIVOT 90, z. ú.  
Karolíny Světlé 286/18, Praha 1, tel.: 222 333 548, 606 027 718  
e-mail: eva.dvorakova@zivot90.cz**

---

<b>Datum podání žádosti:</b>	<b>Poznámka:</b>

---

**Osobní údaje žadatele:**

Jméno, příjmení, titul žadatele: .....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt (vč. PSČ).....

Skutečný pobyt (vč. PSČ) : .....

Telefonní číslo žadatele domů:.....mobil:.....

Adresa pro korespondenci :.....

---

**Žadatel žádá o umístění v Odlehčovacím pobytovém a rehabilitačním centru:**

**Druh pobytu: (poskytování služby je vždy předem domluvené s vedoucí služby)**

*Pobyt na lůžku*

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ tj. celkem \_\_\_\_\_ pobytových dnů.

*Denní pobyt*

ve dnech  pondělí,  úterý,  středa,  čtvrtek,  pátek,  sobota,  neděle

---

**Sociální okolí žadatele:**

**Nejbližší příbuzný – osoba blízká – kontaktní osoba**

Jméno a příjmení: .....

Příbuzenský vztah : .....

Bydliště: .....

Mobilní telefon: .....

E-mail: .....

Další kontaktní osoba, spojení: .....

---

**Sociální situace žadatele:**

**Odůvodnění, proč žadatel žádá o umístění v Odlehčovacím pobytovém a rehabilitačním centru?**

**Co žadatel od služby očekává?**

**Konkrétní činnosti, při kterých je uživateli třeba pomoci?**

**Žadatel je uživatelem pečovatelské služby?**

ne

ano, název a kontakt .....

**Žadatel je uživatelem domácí ošetrovatelské služby?**

ne

ano, název a kontakt .....

**Žadatel je uživatelem telefonické Tísňové péče?**

ne

ano, název a kontakt .....

**Kontakt na ošetroujícího lékaře:**

Jméno, příjmení : .....

Adresa působení: .....

Telefon: .....

**Prohlášení žadatele:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) dobrovolně a pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek přiměřené požadování náhrady škody event. i ukončení poskytování odlehčovací služby.

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zjišťováním, shromažďováním (kopírováním, ověřováním), zpracováváním a uchováváním svých osobních údajů (včetně mého zdravotního stavu) , potřebných pro zajištění služeb sociální péče poskytovaných zapsaným ústavem ŽIVOT 90 a to až do doby jejich archivace a skartace.

**Součástí žádosti jsou tyto přílohy:**

- vyjádření praktického lékaře pokud přichází z vlastního domova
- vyjádření ošetroujícího lékaře, pokud žadatel přichází z nemocničního ošetrování, rehabilitačního pobytu apod.
- seznam a rozpis léků

V ..... dne.....

---

vlastnoruční podpis žadatele

### **DŮLEŽITÉ INFORMACE:**

- Vzhledem k tomu, že Odlehčovacím pobytovým a rehabilitačním centru v Domě PORTUS není přítomen lékař, je nutné, aby byl žadatel při příchodu vybaven potřebným množstvím léků, zdravotním materiálem, hygienickými pomůckami, které pravidelně používá a též bylo zajištěno jejich doplňování podle potřeby žadatele.
- Doba pobytu je sjednána předem a po jejím uplynutí žadateli pobyt a užívání odlehčovacích služeb končí.
- Uživatel podává v této žádosti pravdivou informaci o sociální situaci a zdravotním stavu žadatele. Při změně zdravotního stavu musí poskytovatel konzultovat, zda je příjem možný. Pokud tak nebude učiněno, nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn klienta nepřijmout.
- Důvody pro nepřijetí jsou uvedeny v Informacích pro zájemce o odlehčovací službu v Odlehčovacím pobytovém a rehabilitačním centru a na webových stránkách ŽIVOTa 90, z. ú.