**Sociální centrum**

**města Světlá nad Sázavou**

**Na Bradle 1113, 582 91 Světlá nad Sázavou**

**tel. 569 456 939**

**Ž Á D O S T**

**o umístění do Domova pro seniory**

1.Žadatel:..............................................................................................................................

Příjmení (rodné příjmení) jméno (křestní)

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

den, měsíc, rok

3.Bydliště:........................................................................................PSČ..............................

telefon : ..........................................

4.Státní příslušnost: ..............................................................................................................

5.Je žadatel příjemce pečovatelské služby, popř. jiné služby: ……….................................

……………………………………………………………………………………………..

6. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění do domova pro seniory..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

7. Žadatel bydlí ve vlastním domě - vlastním bytě - podnájmu - u příbuzných - s rodinou -osaměle................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………..

8.Proč rodinní příslušníci nemohou sami pečovat o žadatele? ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

9. .......................................................................................................................................

Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům

10. Jméno a přesná adresa osoby, která by mohla být kontaktována při důležitých záležitostech žadatele: ..........................................................................................................

adresa....................................................................................................................................telefon...................................................................................................................................

11. Adresa současného pobytu - uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti hospitalizován v nemocnici, v LDN, popřípadě na jiné adrese, než je trvalé bydliště: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

**12. Prohlášení :** prohlašuji, že tímto beru na vědomí, že po vyzvání k nástupu do Domova pro seniory Sociálního centra města Světlá n/S. (dále jen DPS SC) prostřednictvím pověřeného pracovníka DPS obdržím návrh smlouvy o poskytování služeb v DPS. Beru na vědomí, že mám možnost vznést připomínky k této smlouvě. Bude-li to v možnostech DPS SC bude smlouva upravena tak, aby to vyhovovalo oběma stranám. Nebude-li DPS SC schopen poskytnout mi podmínky smlouvy dle mého přání nejsem povinen smlouvu s DPS SC uzavřít. Při odmítnutí podpisu smlouvy z mé strany se automaticky moje žádost do DPS SC ruší.

Dále prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i vypovězení smlouvy o poskytování sociálních služeb.

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

Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo

jeho zákonného zástupce

K zaevidování žádosti do databáze seznamu uchazečů je nutno společně se žádostí doložit vyplněný tiskopis „Vyjádření lékaře“ od svého ošetřujícího lékaře.

**Vyplněnou žádost společně s Vyjádřením lékaře je nutno odevzdat k rukám MUDr. Kateřiny Lepeškové. Žádost je možno podat osobně nebo poštou na adresu MUDr. Kateřina Lepešková, Lánecká 970, 582 91 Světlá nad Sázavou, tel. 569 453 144**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Provozní doba | Ordinační doba |
| pondělí | 6:00 – 11:00 | 7:00 – 11:00 |
| úterý | 6:00 – 15:00 | 7:00 – 12:00  13:00 – 15:00 Lékař domov důchodců |
|  |  | 13:00 – 15:00 Sestra ordinace |
| středa | 6:00 – 18:00 | 7:00 – 12:00   13:00 – 18:00 Pouze objednaní |
| čtvrtek | 6:00 – 15:00 | 7:00 – 12:00    13:00 – 15:00 Lékař domov důchodců |
|  |  | 13:00 – 15:00 Sestra ordinace |
| pátek | 6:00 – 11:00 | 7:00 – 11:00 |