

# DOTAZNÍK ZÁJEMCŮ O SLUŽBU SOCIÁLNÍ REHABILITACE V ZAŘÍZENÍ DIAKONIE DUBÁ V DUBÉ U ČESKÉ LÍPY

## 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 opis lékařské zdravotní karty či lékařskou zprávu.**

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)