



# Žádost o poskytování sociálních služeb

dle zákona č. 108/2006 Sb.

				20		
--	--	--	--	----	--	--

datum přijetí žádosti

- zařazení do odlehčovacích služeb  
 umístění do domova pro seniory Dům důstojného stáří v Brně-Maloměřicích  
 umístění do domova se zvláštním režimem Villa Martha v Hrušovanech u Brna

Zájemce

jméno a příjmení

datum narození

bydliště - ulice, město, PSČ

telefonní kontakt

e-mailová adresa

kontakt na příbuzného, jméno, vztah k žadateli, telefon, e-mail

Příspěvek na péči (tzv. PnP)

- není přiznán       I. stupeň  
880 Kč       II. stupeň  
4400 Kč       III. stupeň  
8800 Kč       IV. stupeň  
13.200 Kč

Níže podepsaný žadatel o poskytované sociální služby bere na vědomí, že Betanie – křesťanská pomoc, z. ú. jako poskytovatel sociálních služeb zpracovává o jeho osobě v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách výše uvedené osobní údaje. Svůj souhlas s vedením osobních údajů může žadatel níže uvedeným způsobem kdykoliv odvolat a tím pádem nechat svoji žádost vyřadit z evidence poskytovatele.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

.....  
podpis žadatele

**Vyplněnou žádost případně svůj nesouhlas s vedením osobních údajů můžete dodat:**

- prostřednictvím klasické pošty nebo osobně (Vedení DDS, Borky 7, 614 00 Brno)
- elektronickou poštou (betanie.brno@seznam.cz)
- prostřednictvím datových schránek (mqsdiff)

Vyjádření ošetřujícího lékaře k umístění žadatele  
do pobytového zařízení Betanie – křesťanská pomoc, z. ú.

doporučuji

nedoporučuji

Aktuální zdravotní stav žadatele

---

---

Duševní stav (orientovanost, popř. projevy narušující kolektivní soužití apod.)

---

---

Trpí žadatel demencí?

ano

ne

\_\_\_\_\_  
typ demence

\_\_\_\_\_  
stupeň

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?

ano

ne

Je upoután trvale/převážně na lůžko?

ano

ne

Je schopen se sám obsloužit?

ano

ne

Inkontinence

ano

ne

částečně

Potřebuje lékařské ošetření?

ano

ne

Je pod dohledem specializovaného oddělení

ano

ne

---

---

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

---

---

\_\_\_\_\_ datum

\_\_\_\_\_ razítko a podpis ošetřujícího lékaře