



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ V JIČÍNĚ

Žadatel/ka: .....  
příjmení jméno

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

Telefon, email: .....

Adresa pro doručování – pokud se liší od trvalého bydliště:  
.....

Příspěvek na péči: ano (stupeň 1 - 2 - 3 - 4)      není přiznán      zažádáno  
zakroužkujte

Odůvodnění žádosti: .....  
.....  
.....  
.....

Kontakt, na osobu blízkou nebo rodinného příslušníka:  
(Jméno, příjmení, vztah k žadateli, telefon, popř. e-mail adresa)  
.....  
.....  
.....  
.....

Zájemce o sociální službu zastupuje: - Opatrovník  
- Člen domácnosti (zastoupení členem domácnosti)  
- Podpůrce (nápomoc při rozhodování)  
(Jméno, příjmení, telefon, popř. e-mail adresa)  
.....  
.....



SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA JIČÍNA  
Hofmanova 574, Jičín, 506 01  
tel.: 493 546 240, e-mail: chbydleni@ssmj.cz

Pro řádný průběh vyřizování Vaší žádosti je nutné změny týkající se zdravotního stavu, a zajištění péče (např. umístění v jiném zařízení) oznámit v co nejkratší době pracovníkům chráněného bydlení v Jičíně.

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

.....  
**podpis žadatele**

### **Prohlášení žadatele:**

Podpisem této žádosti dávám výslovný souhlas Sociálním službám města Jičína a Městu – Městskému úřadu Jičín se zpracováním osobních a citlivých údajů uvedených v žádosti a posudcích lékařů pro účely:

- jednání o přijetí do chráněného bydlení v Jičíně,
- sepsání Smlouvy o poskytnutí služby sociální péče v chráněném bydlení v Jičíně,
- zařazení do evidence žadatelů o službu v případě, že v době podání mé žádosti je naplněná kapacita sociální služby.

### **Potvrzuji, že:**

- všechny údaje v této žádosti jsou pravdivé a úplné,
- jsem byl/a seznámen/a s právem na doplnění a opravu osobních údajů a s možností odvolání souhlasu s poskytováním osobních údajů.

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

.....  
**podpis žadatele**

K této žádosti je nutno přiložit:

- vyplněný tiskopis „Vyjádření praktického lékaře“ (vyjádření nesmí být starší než tři měsíce),
- vyplněný tiskopis „Vyjádření psychiatra“ (vyjádření nesmí být starší než tři měsíce),
- kopii pravomocného rozhodnutí soudu ve věci zastoupení nebo opatrovnictví.



SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA JIČÍNA  
Hofmanova 574, Jičín, 506 01  
tel.: 493 546 240, e-mail: chbydleni@ssmj.cz

**Vyjádření odborného lékaře - psychiatra  
o zdravotním stavu žadatele pro přijetí do pobytové služby chráněné bydlení  
Sociálních služeb města Jičína**

**Jméno, příjmení, titul:** .....

**Datum narození:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**1. Popis psychiatrického onemocnění žadatele – informace, které jsou nezbytné pro poskytnutí sociální služby**

**2. Duševní stav – projevy (např. agrese, bludy, halucinace, mánie, apod.)**

**3. Vyžaduje onemocnění žadatele zvláštní péči? Specifikujte jakou.**

**4. Může žadatel požívat alkohol? ANO - NE**  
*(Případně v jakém množství, nemůže ho i malé množství ohrozit na zdraví nebo životě?)*



SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA JIČÍNA  
Hofmanova 574, Jičín, 506 01  
tel.: 493 546 240, e-mail: chbydleni@ssmj.cz

**5. Ochranná léčba, léčba závislosti**

**ANO – NE - JAKÁ**

**6. Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení**

**ANO - NE**

**7. Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití**

**ANO – NE – JAK**

**8. Jiná důležitá sdělení a doporučení:**

**9. Doporučuji poskytnutí sociální služby chráněné bydlení**

**ANO – NE (odůvodnění)**

**Datum:** .....

**Kontakt:** .....

**Razítko a podpis:**



## Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele pro přijetí do pobytové služby chráněné bydlení Sociálních služeb města Jičína

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

1. Užívá žadatel trvale nějaké léky ANO NE
2. Užívá žadatel jednorázově nějaké léky (*léky na bolest apod.*) ANO NE
3. Je žadatel schopen samostatného dávkování a dodržování časového rozvrhu dávkování ANO NE
4. Trpí žadatel stavy vyžadujícími pomoc jiné osoby (*epileptické, astmatické záchvaty, apod.*)

ANO NE JAKÝMI

.....  
.....

5. Trpí žadatel nějakými alergiemi ANO NE JAKÝMI .....

.....

6. Je žadatel v péči odborného lékaře – specialisty  
(*např. plicního, neurologického, kožního, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)

ANO NE JAKÉHO .....

.....

7. Jiná důležitá sdělení a doporučení: .....

.....

Žadatel netrpí v době vydání tohoto vyjádření žádnou infekční nemocí, která by znemožňovala přijetí do chráněného bydlení.

Datum: .....

Kontakt: .....

Razítko a podpis praktického lékaře: