ŽÁDOST O PŘIJETÍ

Jméno a příjmení dítěte			
Rodné číslo			
Datum narození		**Místo narození**	
Státní příslušnost		**Národnost**	
Zdravotní pojišťovna			
Adresa trvalého bydliště, PSČ			
U koho			

Žádám o přijetí na pobyt:		(označte vybraný typ pobytu)
Denní	týdenní	celoroční

Navštěvoval/a/ školu		
Mateřskou v:	od	do
Základní v:	od	do
Zvláštní v:	od	do
Pomocnou v:	od	do
Učební obor :		
	od	do

Byl/a/ již dříve umístěn v ústavu ano - ne		***)**
v:	od	do
	od	do

Žadateli je přiznán:						
Změněná pracovní schopnost rozhodnutí OSSZ v					ze dne	
Důchod	Plný		Částečný		Ve výši	měsíčně
Příspěvek na péči	I.	II.	III.	IV.	Ve výši	měsíčně
Přídavek na dítě – uveďte adresu úřadu, který přídavek vyplácí					Ve výši	měsíčně

Rodiče jsou – nejsou manželé *)	**Rodiče žijí – nežijí ve společné domácnosti *)**
Dítě bylo soudem svěřeno do péče:	č. rozsudku: ze dne:
Byla – nebyla nařízena ústavní výchova *)	č. rozsudku: ze dne:
Bylo – nebylo nařízeno předběžné opatření o svěření dítěte do péče:	
Otec (matka) je – není zbaven rodičovské odpovědnosti *)	č. rozsudku: ze dne:

*) nehodící škrtněte

Rodiče(zákonní zástupci)	**Matka**	**Otec**
Jméno a příjmení		
Datum narození		
Národnost		
Bydliště		
Rodinný stav		
Zaměstnání		
Telefon		
Mobilní telefon		

Zletilý žadatel je – není omezen ve způsobilosti k právním úkonům		***)**
Omezen v rozsahu:		
Rozsudkem soudu v:	č:	ze dne:

Opatrovník (poručník) ustanovený rozhodnutím soudu – ze dne	
Jméno a příjmení	
Bydliště	

Osoby žijící ve společné domácnosti		
Jméno a příjemní	**Datum narození**	**Příbuzenský poměr**

Osoba, na kterou má být zpravena v případě náhlé změny zdravotního stavu	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Telefon	

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)	
Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, popř. neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby nebo její ukončení. Dále bere na vědomí, že je povinen/a do 8 dnů písemně ohlásit změny týkající se rodinných poměrů, změny bydliště, čísla telefonu, změn rodinného stavu, přiznání důchodu nebi změn výše sociálních dávek, atd. na adresu SANTÉ - Domov pro osoby se zdravotním postižením.	
V dne	Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Souhlas žadatele (zákonného zástupce)	
Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a rodného čísla podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů, do registru žadatelů o sociální službu organizace SANTÉ - Domova pro osoby se zdravotním postižením.	
V dne	Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Přílohy:
Kopie rodného listu.
Kopie karty zdravotní pojišťovny.
Kopie průkazky mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P).
Kopie rozsudku, svěření dítěte do péče, ústavní výchovy, zbavení rodičovské odpovědnosti, zbavení způsobilosti k právním úkonům.
Kopie aktuálního důchodového výměru.
Kopie sdělení o výši příspěvku na péči.
Vyjádření lékaře o zdravotním stavu uživatele.

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE (MLADISTVÉHO),

které má být umístěno v zařízení **SANTÉ – Domov pro osoby se zdravotním postižením**
(příloha k žádosti o přijetí)

Jméno a příjmení		
Rodné číslo	**Zdravotní pojišťovna**	
Anamnesa (rodinná, osobní, počet sourozenců, jejich zdravotní stav)		
Podávaná terapie		
Alergie		
Používané ortopedické pomůcky		
Nosí brýle		
Schopen chůze bez pomoci jiné osoby	**ano**	**ne**
Upoután trvale na lůžko	**ano**	**ne**
Schopen sebeobsluhy	**ano**	**ne**
Pomočuje se	**ano**	**ne**
Je agresivní	**ano**	**ne**
Je schopen zácviku k jednoduché práci	**ano**	**ne**
Potřebuje zvláštní péči, jakou		
Výška cm hmotnost kg KT **Moč: bílkovina cukr** **Rtg vyšetření srdce a plic (pokud je indikováno)**		
Výsledky odborného ortopedického vyšetření		

Neurologického vyšetření
Psychiatrického vyšetření
Psychologického vyšetření
Bacilonosičství (pokud je indikováno)
OČKOVÁNÍ u žadatelů starších patnácti let

Proti žloutence dne:	**Proti tetanu dne :**

LÉKAŘSKÝ NÁLEZ (CELKOVÝ)

DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR **(u oligofrenie stupeň)**	**Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu**

Vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte (mladistvého) navrhuji jeho umístění v zařízení sociální péče:

a) tělesně postiženou b) tělesně a mentálně postiženou

dne …… razítko podpis lékaře