

# Ž Á D O S T

## o nájem bytu v domě s pečovatelskou službou

Datum podání žádosti:  
(vyplňuje úřad)

Číslo žádosti:  
(vyplňuje úřad)

### Část A. (vyplňuje žadatel)

01. Jméno a příjmení žadatele:

02. Datum narození:

03. Státní příslušnost:

04. Rodinný stav:

05. Adresa trvalého bydliště:  
(ulice, čp., město, psč)

06. Adresa současného bydliště:  
(ulice, čp., město, psč)

07. Telefon / e-mail:

08. Držitel průkazu zdravotně  
Postiženého: (ZP, ZTP, ZTP/P)

09. Příjemce příspěvku na péči:  
(ano/ne)

10. Potvrzení ošetřujícího lékaře o  
snížené soběstačnosti a o  
rozsahu úkonů péče: (ano/ne)

<b>11. Opatrovník:</b> (v případech zbavení svéprávnosti, jméno, příjmení, adresa, kontakty)	
<b>12. Typ důchodu :</b> (starobní, vdovský, vdovecký, částečně invalidní, plně invalidní)	
<b>13. Pravidelný měsíční příjem minimálně 6.000,-Kč:</b> (ano/ne)	
<b>14. Údaje o dosavadních životních podmínkách</b>	
<b>A) Dosavadní bydliště:</b>	<b>Velikost bytu:</b> (počet místností / m2)
	<b>Počet osob v bytě:</b> (počet dospělých / počet dětí)
	<b>Velikost prostor v bytě výhradně užívaných žadatelem:</b> (m2)
	<b>Umístění bytu:</b> (poschodí)
	<b>Výtah:</b> (ano/ne)
	<b>Vytápění:</b> (např. lokální na pevná paliva nebo etážové, ústřední)
	<b>Výše nákladů na bydlení:</b> (průměrné měsíční za předchozí kalendářní rok (nájem, energie, služby)
<b>B) Druh bydlení:</b>	<b>Ve vlastním bytě:</b> (ano/ne)
	<b>Ve vlastním domě:</b> (ano/ne)
	<b>V soukromém domě, v soukr. bytě jiného majitele jako nájemce:</b> (ano/ne)
	<b>V obecním bytě jako nájemce:</b> (ano/ne)
	<b>V obecním bytě jiného nájemce jako další uživatel:</b> (ano/ne)
	<b>Ostatní:</b> (např. podnájem, ubytovna, hotel apod.)
<b>15. Dosud užívaný byt bude vrácen (poskytnut k využití) MČ P4:</b> (ano/ne)	

**16. Osoby, se kterými žadatel vede současnou společnou domácnost**

jméno a příjmení	příbuzenský poměr	trvalé bydliště	telefon / e-mail	Poznámka
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

**17. Údaje o budoucích životních podmínkách (dle kapacity jednotlivých DPS)**

<b>Požadavek na bydlení:</b>	<b>Velikost bytu:</b>	
	<b>Umístění bytu:</b> (poschodí)	
	<b>Výtah:</b> (ano/ne)	
	<b>Balkon:</b> (ano/ne)	
	<b>DPS:</b> (adresa)	

**18. Osoba, která se žadatelem povede společnou domácnost v bytě DPS a je příjemcem příspěvku na péči anebo dle potvrzení ošetřujícího lékaře jeho zdravotní stav se sníženou soběstačností vyžaduje při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby**

jméno a příjmení	příbuzenský poměr	trvalé bydliště
1)		

**19. Nejblížejší příbuzní (děti) bydlící mimo společnou domácnost, kteří mají být informováni v případě mimořádné situace** (např. zhoršení zdravotního stavu)

jméno a příjmení	příbuzenský poměr	trv.bydliště	telefon / e-mail	poznámka
1)				
2)				

**20. Výslovně závazná prohlášení:**

- 1) Beru na vědomí, že jako nájemce bytu v domě ve vlastnictví hl.m. Prahy, svěřeném do správy MČ P4, před uzavřením nájemní smlouvy k bytu v DPS, uzavřu dohodu o ukončení nájmu stávajícího bytu, jejíž účinnost bude navázána na den uzavření nájemní smlouvy k bytu v DPS, v případě společného nájmu manželi nebo jiné partnerské dvojice, tuto dohodu uzavře i manžel nebo partner žijící s žadatelem ve společné domácnosti.
- 2) Beru na vědomí, že nájem bytu v DPS se uzavírá na dobu určitou po dobu poskytování příspěvku nebo po dobu zdravotního stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby.
- 3) Beru na vědomí, že podmínkou uzavření nájemní smlouvy k bytu v DPS je předložení potvrzení Ústavu sociálních služeb v Praze 4 o pobírání sociálních služeb v rozsahu stanoveném rozhodnutím o příspěvku na péči nebo potvrzením ošetřujícího lékaře-o zdravotním stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby (přičemž do nákladů za poskytovanou péči se nezapočítávají náklady na stravu)
- 4) Beru na vědomí, že nemohu přihlásit k pobytu, na služby ani ubytovat žádnou jinou osobu bez předem vydaného písemného souhlasu vlastníka MČ P4, pod sankcí případného ukončení nájmu bytu v DPS.
- 6) Prohlašuji, že budu využívat pečovatelských služeb poskytovaných ÚSS v Praze 4 po celou dobu bydlení v DPS.
- 7) Prohlašuji, že jednou ročně vždy k 30.6. každého kalendářního roku, předložím potvrzení o pobírání pečovatelských služeb v rozsahu Smlouvy o poskytování pečovatelské služby v souladu s rozhodnutím o příspěvku na péči nebo v souladu s doporučením ošetřujícího lékaře vystavené poskytovatelem pečovatelských služeb ÚSS v Praze 4.
- 8) Prohlašuji, že ani já ani můj/moje manžel/ka nebo partner/ka nebo další osoby, s nimiž povedu společnou domácnost v DPS, nejsme vlastníky jiné nemovitosti určené k trvalému bydlení, nejsme členy bytového družstva ani jiné společnosti vlastníky nemovitosti k bydlení.
- 9) Prohlašuji, že písemně oznámím změny skutečností uvedených v žádosti do 15 dnů od jejich vzniku.
- 10) Prohlašuji, že vedu spořádaný život, nejsem závislý/á na alkoholu nebo jiných návykových látkách.
- 11) Prohlašuji, že jsem v dosud užívaném bytu řádně platil nájemné, nebyl jsem nikdy řešen za hrubé porušování dobrých mravů nebo jinak závažným způsobem porušoval podmínky dosavadní nájemní smlouvy.
- 12) Prohlašuji, že nemám splatné pohledávky vůči MČ P4, popř. jiným prokazatelným způsobem nepoškozuji MČ P4 na jeho právech a zájmech.

13) Prohlašuji, že netrpím závažným psychiatrickým onemocněním, závažnou akutní nebo nestabilizovanou duševní nemocí nebo závažnou mentální poruchou.

14) Prohlašuji, že souhlasím a umožním pověřené osobě, návštěvu dosavadní domácnosti za účelem ověření skutečností uvedených v žádosti.

15) Prohlašuji a zavazuji se, že v případě změny zdravotního stavu, který vyžaduje nepřetržitou komplexní péči, si zajistím pobyt v zařízení, které mi tuto komplexní péči zajistí a byt v DPS uvolním a předám zpět pronajímateli.

16) Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl/a pravdivě.

17) výslovně souhlasím, že v případě ukončení smlouvy o poskytování pečovatelské služby s ÚSS, nebo v případě, že měsíční rozsah úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebude odpovídat rozsahu stanovenému rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči nebo doporučení ošetřujícího lékaře, nebo v případě uvedení nepravdivých údajů v žádosti, bude nájemné za m2/měsíc, od měsíce následujícího od této změny nebo zjištění, jednostranně upraveno ve výši obvyklé u bytů MČ P4, aktuální v daném kalendářním roce.

18) Výslovně souhlasím se zpracováním a evidováním mých osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů za účelem projednávání a uzavření nájmu bytu v DPS.

19) Beru na vědomí vyloučení vzniku společného nájemního práva k pronajímanému bytu v DPS, není-li žádost podána manželi společně.

V Praze 4 dne: .....

Podpis žadatele:.....

### **Povinné přílohy:**

- rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči nebo potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby a přehled a rozsah jednotlivých úkonů jak žadatele, tak i osob, které se žadatelem povedou společnou domácnost v bytě DPS;

rozhodnutí o ustanovení opatrovníka (v případech zbavení svéprávnosti)

### **Dodatečné přílohy:**

- v případě vyrozumění o rozhodnutí Rady MČ P4 uzavřít se žadatelem nájemní smlouvu k bytu v DPS, je tento žadatel (osoba v budoucí společné domácnosti bytu v DPS), povinen před podpisem nájemní smlouvy, předložit potvrzení Ústavu sociálních služeb v Praze 4 o pobírání sociálních služeb v rozsahu stanoveném rozhodnutím o příspěvku na péči nebo potvrzením ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby

## POTVRZENÍ

### ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné fyzické osoby

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

**Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jmenovaný/á potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při následujících úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti:**

**Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:**

(jako pomoc a podpora při podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání včetně spec. pomůcek, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík apod.)

**Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:**

(jako pomoc při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty, při použití WC apod.)

**Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:**

(jako zajištění stravy, odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při přípravě a podávání jídla, pití apod.)

**Pomoc při zajištění chodu domácnosti:**

(jako běžný úklid a údržba domácnosti, údržba domácích spotřebičů, při zajištění velkého úklidu domácnosti, např. sezónního úklidu, po malování, běžné nákupy a pochůzky, praní a žehlení ložního prádla, popř. jeho drobné opravy, doprovázení osoby např. do zaměstnání, k lékaři, apod.)

**Pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

(jako doprovázení do školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na veřejné orgány/instituce, na zájmové a volnočasové aktivity a zpět, při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů apod.)

#### Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění v DPS:

S přihlédnutím ke zdravotnímu stavu žadatele, k druhu a rozsahu potřebných pečovatelských služeb a zejména z důvodu občanského soužití, s přihlédnutím k psychiatrickým onemocněním, akutní nebo nestabilizované duševní nemoci, závažné mentální poruše, k asociálnímu chování, bez sociálních návyků nebo k závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách,

**Umístění žadatele v Domě s pečovatelskou službou Městské části Praha 4:**

**d o p o r u č u j i / n e d o p o r u č u j i**

(nevhodné škrtněte)

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

## POTVRZENÍ

### Ústavu sociálních služeb v Praze 4 o pobírání sociálních služeb v rozsahu stanoveném rozhodnutím o příspěvku na péči nebo potvrzením ošetřujícího lékaře

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Potvrzujeme, že jmenovaný má uzavřenou Smlouvu o poskytování pečovatelské služby s Ústavem sociálních služeb v Praze 4, Podolská 208/31, 147 00 Praha 4, příspěvkovou organizací a

p o b í r á / n e p o b í r á  
(nevhodné škrtněte)

sociální služby v rozsahu této smlouvy v souladu s rozhodnutím o příspěvku na péči nebo v souladu s doporučením ošetřujícího lékaře v případech zdravotního stavu se sníženou soběstačností vyžadující při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti trvalou pomoc jiné osoby

**Datum:**

**Razítko a podpis ÚSS v Praze 4:**

**Část B.**  
**(vyplňuje Úřad městské části Praha 4)**

	Číslo žádosti: (vyplňuje úřad)	
<b>1. Jméno a příjmení žadatele:</b>		
<b>2. Datum narození:</b>		
<b>3. <u>Hodnotící kritéria:</u></b>		
1) Vlastnictví jiné nemovitosti k trv. bydlení:		
2) Měsíční příjem vyšší 6.000,-Kč:		
3) Příspěvek na péči / potvrzení lékaře:		
4) Doporučení lékaře:		
<b>4. <u>Pomocná hodnotící kritéria:</u></b>		
1) Vrácení nebo poskytnutí užívaného bytu:		
2) Datum podání žádosti:		
<b>5. <u>Závěr s návrhem bytu:</u></b>		
1) Žadatel splňuje/nespĺňuje kritéria:		
2) Adresa DPS:		
3) Číslo bytu:		
4) Velikost bytu:		
5) Výměra bytu:		
6) Výše nájemného 1m <sup>2</sup> /měsíc:		
Referent OOM, datum a podpis:		



**Část C.**  
**(vyplňuje Komise pro DPS)**

	Číslo žádosti: (vyplňuje úřad)	
<b>Jméno a příjmení žadatele:</b>		
<b>Datum narození:</b>		
Datum jednání komise:		
<b>Vyjádření komise:</b>		
<b>Doporučení komise:</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Jméno a příjmení člena komise:</b>	<b>Podpis:</b>	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		