****

 **číslo smlouvy:**

 **pobyt:**

 **pokoj:**

 **dieta:**

**Ústav sociálních služeb v Praze 4, příspěvková organizace**

Podolská 208/31, 147 00 Praha 4

Telefon: 773 791 416, e-mail:info@uss4.cz

**Žádost o přijetí a poskytnutí odlehčovací služby v zařízení Dům seniorů OZ Jílovská**

**(podle ust. §44 zák. č. 108/2006 Sb.,o sociálních službách v platném znění)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení a titul žadatele/ky:** |  |
| **Rodné příjmení:** |  |
| **Státní příslušnost:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Místo narození:** |  |
| **Rodinný stav:** |  |
| **Adresa trvalého bydliště, PSČ:** |  |
| **Adresa pro doručování:** |  |
| **Telefon, e-mail:** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Registrující praktický lékař, IČP,****adresa, telefon** |  |
| **Zájemce žádá o poskytování pobytové odlehčovací služby v termínu: Od……………………………………………..do………………………………………………..****Důvod podání žádosti:** |
| **Příjmení a jméno kontaktní osoby (v pořadí v jakém mají být informovány), vztah k žadateli, adresa trvalého bydliště, telefon, e-mail:**  |
| **1.** |
|  |
| **2.** |
|  |
| **3.** |
|  |
| **Byl žadateli ustanoven opatrovník? ANO-NE** (Pokud ano, je nutné předložit kopii pravomocného rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti žadatele/žadatelky.)**Příjmení, jméno a kontakt ustanoveného opatrovníka:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Požadováno** | **Úhrada v Kč** | **zaškrtněte** |
| **Zajištění stravy \*\*** přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.(za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel) | 235,-/den |  |
| **Poskytnutí ubytování:** * jednolůžkovém a dvoulůžkovém pokoji
* 3-lůžkovém pokoji

 včetně úklidu, praní a drobných oprav ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování  | 315,-/den 235,-/den  |  |
| **Cena základní péče**  | 165,-/hod |  |

Uživateli sociálních služeb mohou být vedle základních úkonů hlavní činnosti a fakultativních činnostech, dle aktuálně platných sazeb uvedených v Sazebníku úhrad, poskytovány **fakultativně další** **činnosti v rámci vedlejší hospodářské činnosti – doprava**, dle aktuálně platných sazeb uvedených v Sazebníku úhrad fakultativních činností.

**Zájemce bude v případě uzavření smlouvy provádět úhradu odlehčovacích služeb bezhotovostně na účet ÚSS 4 číslo: 81359399/0800 a žádá o vrácení případných přeplatků na účet číslo:………………………………………/kód banky: ………….**

Zájemce bude v případě uzavření smlouvy provádět úhradu pobytových odlehčovacích služeb v hotovosti a žádá o vracení přeplatků v hotovosti v pokladně ÚSS4, Podolská 208/31, 147 00 Praha 4.

***(nehodící se škrtněte)***

**Prohlášení žadatele:**

Tímto prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené v této žádosti, jsem uvedl/uvedla pravdivě. Jsem si vědom/vědoma, že nepravdivé údaje mohou mít za následek vyřazení žádosti z evidence žadatelů o přijetí do DS OZ, případně i ukončení smlouvy mezi mnou a DS OZ.

Přílohy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Příloha, která je nedílnou součástí této žádosti, a bez které nelze žádost podat, je vyjádření ošetřujícího lékaře (viz formulář „Posudek registrujícího praktického lékaře k přijetí žadatele do DS OZ Jílovská 432/11, Praha 4“) o zdravotním stavu žadatele, příp. další lékařské zprávy, pokud je žadatel v péči u odborných lékařů – specialistů (např. neurolog, ortoped, diabetolog, kardiolog, psychiatr, apod.)

V Praze, dne ………………………………

 …………………………………………………………………… podpis žadatele/ky

 (nebo opatrovníka)