

ŽÁDOST ZÁJEMCE O VSTUP DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PORTUS

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:



DATUM NAROZENÍ:



ADRESA:



TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

.....

PŘECHODNÉ BYDLIŠTĚ:

.....

TEL. KONTAKT:



MÁM OPATROVNÍKA?

ANO

NE



KONTAKTNÍ OSOBA (JMÉNO, ADRESA, TELEFON, E-MAIL):

.....

.....

.....

PROČ CHCI BYDLET V CHÁNĚNÉM BYDLENÍ?



.....

.....

.....

JAK CHCI, ABY MŮJ ŽIVOT V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ VYPADAL?

.....

.....

.....

JAK MNĚ BAVÍ TRÁVIT MŮJ VOLNÝ ČAS?

.....

.....

.....

KDY BYCH RÁD/A NASTUPIL/A?

- IHNEDE
- DO 3 MĚSÍCŮ
- JINÝ TERMÍN

JAK JSTE DOMA OSLOVOVÁN, JAKÉMU JMÉNU DÁVÁTE PŘEDNOST OD CIZÍCH LIDÍ?



.....

MÁ OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA, MÉ VLASTNOSTI „JAKÝ/Á JSEM“

.....

.....

MÁM TYTO ZÁJMY A ZÁLIBY:



.....

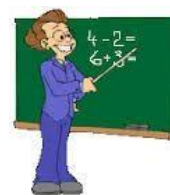
.....

JAK TO MÁM SE SEBEOBSLUHOU. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?




(odpovídající variantu označte křížkem, do volných kolonek doplňte další oblasti)

	nutný rozsah asistence:			
	plná	částečná	minimální	žádná
mytí (obličej, ruce)				
koupání ve vaně				
sprchování				
mytí hlavy				
čištění zubů				
česání				
holení				
stříhání nehtů				
toaleta (WC)				
stolování				
oblékání				
mobilita (chůze)				

JAKÝ TYP VZDĚLÁNÍ MÁM? (ŠKOLNÍ DOCHÁZKA, PRACOVNÍ ZAŠKOLENÍ ATD.)



ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ

	VŮBEC NEZVLÁDÁM	OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM	DOBŘE ZVLÁDÁM
 ČTENÍ			
 PSANÍ			
 POČÍTÁNÍ (FINANČNÍ GRAMOTNOST)			

MÉ PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI (CHRÁNĚNÁ PRÁCE, DÍLNY, ZAMĚSTNÁNÍ).

.....

.....

KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.

.....

.....

.....

KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINOSTI MI DOBŘE JDOU.



.....

.....

.....

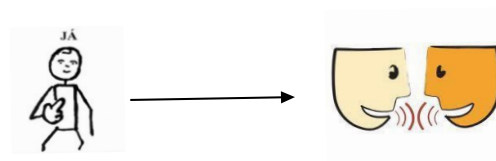
KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.

.....

.....

.....

PŘEJI SI, ABYSTE O MNĚ VĚDĚLI JEŠTĚ TYTO ÚDAJE, KTERÉ JSOU PRO MĚ DŮLEŽITÉ.



BERU LÉKY:

ANO

NE

POKUD ANO, CO U MĚ OVLIVŇUJÍ:

.....

.....

MÁM STRACH:

.....

.....

.....

NEMÁM RÁD/A:

.....

.....

.....

DEJTE POZOR NA:

.....

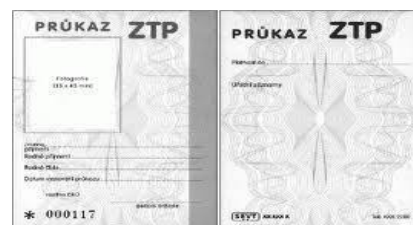
.....

.....



MÁM PRŮKAZ ZTP?

- ZTP
- ZTP/P
- ŽÁDAL/A JSEM O NĚJ
- CHTĚL/A BYCH SI HO VYŘÍDIT
- NEVLASTNÍM PRŮKAZ



U KTERÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY JSEM POJIŠTEN/A

.....

JAK VYSOKÝ MÁM PŘIZNANÝ PŘÍSPĚVEK NA PÉČIKČ/MĚSÍČNĚ.

JAK VYSOKÝ MÁM INVALIDNÍ DŮCHODKČ/MĚSÍČNĚ.

SVÝM PODPISEM STRVZUJI, ŽE VŠECHNY VÝŠE UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.

V

DNE

PODPIS:

ÚDAJE UVEDENÉ V TOMTO DOTAZNÍKU POVAŽUJE ORGANIZACE PORUS PRAHA Z.Ú.
ZA DŮVĚRNÉ.

DOTAZNÍK MŮŽETE DORUČIT:

- ✓ **OSOBNĚ NEBO POŠTOU**
- ✓ **PŘÍMO NA ADRESU DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PORTUS PRAHA, Z. Ú., SLAPY 74, 252 08 SLAPY**
- ✓ **E-MAILEM (bojkova@portus.cz)**