

**ŽÁDOST O BYDLENÍ A POMOC  
v domě s pečovatelskou službou v MČ Praha 8**

Občanský průkaz číslo:

(křížkem prosím označte vybraný objekt)

Bulovka     Burešova     Křížíkova

Příjmení a jméno žadatele:

Datum narození (den, měsíc, rok, místo):

Občanství:

Bydliště:

Telefon:

Rodinný stav (křížkem prosím vyznačte):

svobodná/ý     vdaná/ženatý     ovdovělá/ý     rozvedená/ý

Žijí sám/a (ano/ne):

Žijí s někým (prosím uveďte s kým):

Druh a výše důchodu:

Příspěvek na péči (křížkem prosím označte stupeň):

stupeň I.     stupeň III.  
 stupeň II.     stupeň IV.

Jiné příspěvky a příjmy

Popis obývaného bytu/domu žadatele:

Které patro?

Máte v domě výtah?

Kolik má byt místností?

Byt/dům je (prosím označte křížkem):

obecní     majitele     družstevní     v osobním vlastnictví

Budu-li přijat/a do DPS, předám obecní byt k dispozici ÚMČ Praha 8

(prosím označte křížkem "ano" nebo "ne", vyplňujte pouze obýváte-li obecní byt):

Ano     Ne

Pokud ne, uveďte prosím důvod:

**Kontakt na osoby blízké**

Děti žadatele (prosím uveďte vč. kontaktu):

Jméno a příjmení

Bydliště

Telefon


**Jiné blízké osoby** (prosím uveďte vč. kontaktu):

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon

**Osoba, kterou informovat v případě náhlého onemocnění** (prosím uveďte):

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon

Příbuzenský vztah uvedené osoby:

### PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

1. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a podle skutečnosti.
2. Prohlašuji, že souhlasím s tím, že mé osobní, případně další údaje uvedené v žádosti budou použity pro účel této žádosti, případně v souvisejících záležitostech.

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

.....  
Podpis sociální pracovnice

.....  
Podpis žadatele

**Přílohy žádosti:**

1. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
2. Sociální šetření

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE

**Jméno a příjmení žadatele:**

**Datum narození:**

**Bydliště:**

**Posouzení zdravotního stavu s ohledem na samostatné bydlení v DPS s pomocí  
pečovatelské služby:**

**Duševní stav žadatele, případně projevy narušující kolektivní soužití:**

**V .....** **dne.....**

**Razítko a podpis lékaře:**