



**Sociální služby Města Sušice**  
**DOMOV PRO SENIORY**  
Nábřeží Jana Seitze 155/III  
342 01 Sušice

### ŽÁDOST

#### O odlehčovací pobyt v Domově důchodců Sušice

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| Vyplní DD Sušice       |                |
| Datum podání žádosti : | číslo žádosti: |

**Žadatel :**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení žadatele .....</b>                                                |
| <b>Datum narození ..... Rodné číslo .....</b>                                         |
| <b>Bydliště : .....</b>                                                               |
| <b>Město : ..... PSČ: .....</b>                                                       |
| <b>Příspěvek na péči : ANO - NE</b>                                                   |
| <b>Požadovaný termín služby : od ..... do .....</b>                                   |
| <b>Kontaktní osoba – telefon na osobu po dobu, kdy osoba pečující bude mimo dosah</b> |
| <b>Jméno : ..... Adresa : .....</b><br>.....                                          |
| <b>Telefon :</b>                                                                      |
| <b>Email :</b>                                                                        |

Žadatel je povinen před nástupem předat lékařskou zprávu.

Při nástupu musí mít žadatel dostatečné množství užívaných léků s rozpisem, popřípadě prostředky inkontinence, zdravotní průkaz pojištěnce, občanský průkaz. Žadatel s sebou přinese dostatečné množství osobního prádla a oblečení potřebného k pobytu v domově a označené dle pokynů sociální pracovnice domova důchodců

Náš domov důchodců nedisponuje uzavřeným oddělením, proto není možné poskytovat odlehčovací službu klientům s Alzheimerovou chorobou, nebo jinou formou těžké demence.

Nedílnou přílohou této žádosti je poslední důchodový výměr a vyjádření lékaře o zdravotním stavu.

.....  
podpis žadatele (zákonného zástupce)

Domov důchodců Sušice  
Tel.: 376 547 314  
Fax.:376 547 310  
e-mail: dd.susice.@tiscali.cz

