Město Hlinsko, Odbor sociálních věcí, školství a zdravotnictví

 Poděbradovo nám. 1570, 539 01 Hlinsko, tel.: 469 315 355

|  |
| --- |
| **ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ DO EVIDENCE ŽADATELŮ O PŘIDĚLENÍ BYTU V DOMĚ S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU** |

**ŽADATEL/KA:**

Příjmení a jméno: ……………………………………………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště: …………………………………………………………….…………………………………………

Adresa současného pobytu: ……………………………………………………………............................................

Telefonní kontakt: ……………………………………………………....................................................

Kontaktní osoba (příjmení, jméno, vztah k žadateli, telefonní kontakt): …………………………………………………………………………………………............…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

**Žadatel má zájem o byt:**

 pro jednotlivce

 pro dvojici (žadatel uvede příjmení a jméno druhé osoby, datum narození, trvalý pobyt):

.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

............................................................................................................................................................

**Žadatel má zájem o byt:**

 pouze v DPS Adámkova třída 677, Hlinsko (nad poštou)

 pouze v DPS Erbenova 1621, Hlinsko

 v jakémkoliv z výše uvedených

**Příspěvěk na péči – stupeň závislosti:**

 ANO  I. stupeň 2. stupeň 3. stupeň 4. stupeň

 NE

**Průkaz pro osoby se zdravotním postižením**

 ANO NE

**Pohyblivost:**

 samostatný/á

 závislý/á na kompenzační pomůcce

 na holích na chodítku na invalidním vozíku

**Rodinná situace - žadatel/ka bydlí**:

 s rodinou

 sám (kontakt s rodinou)

 sám (bez kontaktu s rodinou)

**Potřeba péče jiné osoby:**

 žadatel pomoc druhé osoby nepotřebuje

 pomoc poskytuje blízká osoba

 pomoc poskytuje jiná osoba

 pomoc poskytuje pečovatelská služba

**V případě využívání pečovatelské služby uvede žadatel/ka rozsah a četnost poskytovaných služeb:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Poživatel starobního nebo invalidního důchodu:**

 ANO NE

**Bytová situace:**

Způsob vytápění: tuhá paliva plyn, elektřina centrální vytápění

Ohřev teplé vody: tuhá paliva plyn, elektřina centrální vytápění

**Bariéry v bytě/v domě:**

 ANO NE

V případě bariér v bytě/v domě uvede žadatel konkrétně (vstupní prostory, sociální zařízení, výtah apod.):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Důvod podání žádosti**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PROHLÁŠENÍ:**

 **Žadatel/ka souhlasí s ověřením údajů** prostřednictvím pověřených osob Městského úřadu Hlinsko, resp. sociálně zdravotní komise Rady města Hlinsko za účelem zjištění potřebnosti přidělení bytu.

 **Žadatel/ka prohlašuje**, že nemá žádné nesplacené závazky vůči městu Hlinsko.

 **Žadatel/ka prohlašuje**, že nemá žádné nesplacené závazky vůči obci, kde má trvalý pobyt.

**INFORMACE O ZPRACOVÁVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ:**

Vaše osobní údaje budou zpracovány a uchovány v souladu s vnitřními předpisy Města Hlinsko a zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Nedílnou součástí této žádosti je příloha:

* **Vyjádření lékaře k žádosti o zařazení do evidence žadatelů o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou**
* **Potvrzení o bezdlužnosti**

Datum vyplnění žádosti: ……………………… Podpis žadatele: ……………………………………………

 Město Hlinsko, Odbor sociálních věcí, školství a zdravotnictví

 Poděbradovo nám. 1570, 539 01 Hlinsko, tel.: 469 315 355

**Vyjádření lékaře k žádosti o zařazení do evidence žadatelů o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou**

(příloha žádosti)

***Žadatel/ka:***

**Příjmení a jméno:** ………………………………………………………………………..

**Datum narození:** ………………………………………………………………………..

Dle pravidel pro přidělování bytů v DPS **nelze byt přidělit** v případech, kdy:

* žadatel vyžaduje celodenní péči jiné osoby
* žadatel s akutním nebo nestabilizovaným psychiatrickým onemocněním
* osoby narušující kolektivní soužití
* osoby trpící infekčním onemocněním
* osoby závislé na alkoholu či jiných návykových látkách

Obyvatelům DPS jsou pracovníci pečovatelské služby k dispozici každý den včetně víkendů a svátků. Pracovníci pečovatelské služby do DPS pouze docházejí, nejsou obyvatelům DPS nepřetržitě k dispozici. Pečovatelské služby v Hlinsku poskytuje: Oblastní charita Nové Hrady, Global partner sociální služby, s.r.o.

**Potvrzuji, že žadatel/ka**

 **je vhodnou osobou pro přidělení bytu v DPS, která:**

* potřebuje pomoc druhé osoby při zajištění základních životních potřeb

 **není vhodnou osobou pro přidělení bytu v DPS, protože:**

* je soběstačná a nepotřebuje pomoc druhé osoby
* vyžaduje celodenní péči jiné osoby
* trpí akutním nebo nestabilizovaným psychiatrickým onemocněním
* narušuje kolektivní soužití
* trpí infekčním onemocněním
* je závislá na alkoholu či jiných návykových látkách

**Jiná sdělení důležitá pro zařazení žádosti do evidence žadatelů o přidělení bytu v DPS:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V …………………….. dne………………… ……………………………………..

razítko a podpis lékaře

 Město Hlinsko, Odbor sociálních věcí, školství a zdravotnictví

 Poděbradovo nám. 1570, 539 01 Hlinsko, tel.: 469 315 355

**Potvrzení o bezdlužnosti**

(dle místa trvalého pobytu)

(příloha žádosti)

***Žadatel/ka:***

**Příjmení a jméno:** …………………………………………………………………………

**Trvalý pobyt:** …………………………………………………………………………

Potvrzení vydává **obecní/městský úřad**: ………………………………………………….

Tímto potvrzujeme, že ke dni ……………… **neevidujeme** žádné splatné pohledávky u výše uvedené osoby.

*Potvrzení o bezdlužnosti je nedílnou součástí Žádosti o zařazení do evidence žadatelů o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou.*

V …………………….. dne………………….

 …………………………………..

 Podpis a razítko