**Žádost o pronájem bytu v Domě pro seniory**

Praha 9 – Kbely, Mladoboleslavská 20

jméno a příjmení žadatele:

rodné číslo nebo datum narození:

bydliště:

telefonní číslo:

email:

rodinný stav:

žije s druhem/družkou:

druh důchodu, případně jiný příjem:

Číslo výměru \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ měsíčně Kč \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žadatel bydlí ve vlastním domě / v bytě / v nájmu / u příbuzných / s rodinou / sám

V případě přijetí do Domova seniorů

* Dám byt k dispozici MČ Praha 19 ano ne

Osoby žijící ve společné domácnosti: manžel/ka / rodiče / děti / vnuci / zeť / snacha

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a Příjmení | Poměr k žadateli | Trvalý pobyt | telefon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Žadatel žádá o přijetí: a/ sám

b/ s manželem/manželkou/druhem/družka

Uveďte adresu a telefonní číslo, které můžeme kontaktovat při případných zdravotních problémech.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a Příjmení | Příbuzenský poměr k žadateli | Adresa, telefon |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Odůvodnění nutnosti umístění do domu seniorů:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osobní záliby žadatele:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Budu žádat o pečovatelskou službu (viz příloha)

K žádosti je nutno doložit:

* Poslední důchodový výměr – kopie
* Vyjádření lékaře

**Čestné prohlášení**

Tímto prohlašuji, že:

1. mám vypořádány své závazky vůči městským částem hl. m. Prahy, Hl. m. Praze a České republice
2. není proti mně vedeno insolvenční řízení
3. nebyl/a jsem pravomocně odsouzen/a za úmyslný trestný čin.

Prohlašuji, že údaje zde uvedené jsou pravdivé a úplné. Beru na vědomí, že jsem povinen svou žádost pravidelně aktualizovat a že uvedením nepravdivých údajů může dojít k vyřazení mé žádosti z evidence.

Tímto dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby MČ Praha 19 shromažďovala a zpracovávala moje osobní údaje, které jsou uvedeny v žádosti o přidělení bytu a v přílohách.

Žádost musí být podepsána zájemcem s úředně ověřeným podpisem a listiny a doklady uvedené v tomto čl. nesmí být ke dni podání nabídky starší než 2 měsíce.

V Praze dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Úředně ověřený podpis žadatele

**Vyjádření lékaře k zdravotnímu stavu žadatele**

**o umístění do domu seniorů**

Jméno a příjmení žadatele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bydliště \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jmenovaný: je – není trvale ležící

je – není zcela odkázán na pomoc jiné osoby

je – není schopen si sám obstarat základní životní funkce

je – není závislý na alkoholu / jiné návykové látce

je – není orientovaný / čas, místo, prostor

je – není pod dohledem specializovaného zařízení /plicní,

chirurgické, neurologické, psychiatrické/

projevuje – neprojevuje chování, které by mohlo narušovat soužití s jinými osobami

Na základě posouzení zdravotního stavu žadatele

**DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI** umístění v domě seniorů.

V Praze dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko a podpis lékaře