



Žádost o poskytnutí sociální služby

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Razítko a den podání žádosti:	
1. Příjmení žadatele:	Jméno:
2. Rodné příjmení:	
3. Datum narození: (den, měsíc, rok)	
4. Místo narození:	Okres:
5. Trvalé bydliště: Místo: Ulice:	PSČ: č.p.
6. Kontakt: Telefon:	E-mail:
7. Státní příslušnost:	Národnost:



8. Příspěvek na péči a, ne b, ano stupeň..... Požádáno (datum, místo).....	
9. Školní docházka třída:..... (odklad).....	název a sídlo školy.....
10. Rodiče Jméno matky..... Bydliště:..... Kontakt.....	Jméno otce..... Bydliště..... Kontakt:.....
11. Osoby, případně zařízení zajišťující péči (soc. službu) o zájemce:	
12. Zástupce žadatele (soudem určený opatrovník, rodič, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče) Příjmení..... Jméno..... Datum narození..... Státní příslušnost..... Trvalý pobyt: Obec..... Kontakt..... Ulice..... E-mail..... Č.p..... PSČ.....	



13. Jak v současné době hodnotíte naléhavost vyřízení Vaší žádosti?

Spěchá

Nespěchá

(nechodící se škrtněte)

14. Využíváte v současné době jinou sociální službu? Uveďte jakou?

.....

.....

.....

15. Žadatel je v péči ošetřujícího lékaře

.....

Prohlášení zájemce (zákonného zástupce, opatrovníka)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuálně i propuštění ze zařízení sociálních služeb.

Souhlasím, aby Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb zpracoval mé osobní údaje (osobní údaje zájemce, jehož jsem zákonným zástupcem či opatrovníkem) pro své účely a nakládalo s nimi ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění

V.....

Dne.....

Podpis.....



Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

(příloha k žádosti: vyplní ošetřující lékař žadatele)

1. Žadatel: (jméno, příjmení).....

Narozen: (den, měsíc, rok).....

Bydliště:.....

Zdravotní pojišťovna:..... Kód pojišťovny.....

2. Anamnéza: (rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, aj.)

3. Aktuální zdravotní stav: (motorické schopnosti, mobilita, pokud je žadatel ve zdravotním zařízení, schopnost sebeobsluhy, zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči, opakovaný pobyt ve zdravotnických zařízeních, atd...)

4. Duševní stav: (Orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)



5. Diagnóza (česky)

a, hlavní

b, ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Alergie:

7. Je žadatel pod dohledem specialistů: (pokud ano, uveďte kterého – neurolog, chirurg, psychiatr, ortopéd, kožní, interní, urolog, diabetolog, oční atd.)

8. Potřebuje žadatel speciální péči:

9. Schopnosti:

Je schopen chůze bez cizí pomoci

ano

ne

Je upoután trvale na lůžko

ano

ne

Je schopen sám sebe obsloužit

ano

ne



Inkontinence moči	trvale	ano	ne
	občas	ano	ne
	v noci	ano	ne
Orientován	místem	ano	ne
	časem	ano	ne
	osobami	ano	ne

10. Vyjádření ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do domova pro osoby se zdravotním postižením

Kritérium	ano/ne
1. Žadatel je osoba s mentálním postižením, kombinovaným postižením, či s poruchou autistického spektra.	
2. Žadatel je osoba s mentálním postižením lehkého stupně, které vyžaduje trvalou podporu zdravotnického personálu v důsledku chronického onemocnění (např. pomoc, či podporu při přijímání léků...).	
3. Osoba má sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.	
4. Žadatel je osoba s diagnózou akutního či chronického infekčního onemocnění, při kterém může být osoba zdrojem onemocnění.	
5. Žadatel je s diagnózou nestabilizované duševní nemoci nebo závislosti na návykových látkách, jejichž chování by narušovalo kolektivní soužití.	
6. Žadatel vykazuje projevy autoagrese, které není možno ovlivnit zákonem stanovenými opatřeními omezující pohyb.	
7. Žadatel má smyslovou poruchu, která mu znemožňuje samostatný bezpečný pohyb v prostorách služby.	
8. Hlavním zdravotním postižením osoby je mentální postižení.	

11. Jiné údaje

Dne.....

Podpis lékaře.....



Souhlas se zpracováním osobních údajů, citlivých údajů a využíváním rodného čísla

Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb

Lipník 110

294 43 ČACHOVICE

Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb, Lipník 110, 294 43 Čachovice, Vám sděluje, že zpracovává vaše osobní údaje v souvislosti s vyřizováním žádosti o umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením. Jsou to zejména: jméno a příjmení, datum a místo narození, rodné číslo, adresa, státní příslušnost, příjmy, údaje o rodičích, sourozencích, údaje opatrovníků a poručníků.

Osobní údaje, údaje o diagnóze jsou vedeny v Domově pod lípou, poskytovatele sociálních služeb v souvislosti s vyřizováním Vaší žádosti o umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením - jedná se o rozhodování o přijetí, úhradě za pobyt v tomto zařízení, případně o přemístění do jiného zařízení nebo ukončení pobytu v tomto zařízení. Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb, bude zpracovávat Vaše osobní údaje po dobu vedení vaší žádosti v pořadníku čekatelů na umístění a po dobu poskytování sociální služby až do doby archivace a skartace. Před umístěním do jiného zařízení poskytne Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb vaše osobní údaje tomu zařízení, do kterého budete přemístěn. Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb je povinen jako správce a zpracovatel osobních údajů přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů. Zaměstnanci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o osobních údajích. Poskytnutí souhlasu je dobrovolné. Souhlas se zpracováním osobních údajů a využíváním rodného čísla je možné kdykoliv písemně odvolat. V případě, že odmítnete souhlas udělit, není Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb oprávněn nadále tyto údaje zpracovávat. V tomto případě však nemůže Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb rozhodovat o podané žádosti, neboť poskytnutí osobních údajů je podmínkou pro zhodnocení vaší žádosti a rozhodnutí o ni. Souhlasím, se zpracováním (tím se rozumí zejména shromažďování, ukládání na nosiče, používání, uchovávání, třídění a předávání) mých osobních údajů a rodného čísla Domovem pod lípou, poskytovatelem sociálních služeb, Lipník za podmínek výše uvedených. Souhlasím, aby Domov pod lípou, poskytovatel sociálních služeb poskytl v nutném rozsahu mé osobní údaje a rodné číslo potřebným úřadům a institucím.

Jméno a příjmení osoby:

Datum narození:

Bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

.....
datum a vlastnoruční podpis osoby

.....
datum a vlastnoruční podpis zákonného zástupce