

Údaje o kontaktní osobě

Jméno a příjmení:

Telefonní kontakt: **E-mail:**

Příbuzenský poměr k žadateli:

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum:..... **Podpis kontaktní osoby:**.....

Údaje o opatrovníkovi (je-li stanoven)

Jméno a příjmení:

Telefonní kontakt: **E-mail:**

Příbuzenský poměr k žadateli:

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum:..... **Podpis kontaktní osoby:**.....

K žádosti o umístění je nutné dodat:

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele
- rozhodnutí soudu a kopii listiny opatrovníka (je-li stanoven)

Žadatel souhlasí s tím, aby Dům sociálních služeb Pacov, p.o. shromažďoval osobní údaje o žadateli (dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů), a to v rozsahu nezbytně nutném za účelem vyhodnocení jeho žádosti v písemné podobě. Žadatel souhlasí s tím, že pověření pracovníci poskytovatele mají právo seznámit se s jeho zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti. Souhlas je dán po dobu, po níž bude žádost aktuální a dále po dobu, kdy bude žadateli poskytována sociální služba na základě smlouvy.

Datum:

Podpis žadatele:.....

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE

o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu v DSSP*

Žadatel

Jméno a příjmení:..... Rodné příjmení:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

Diagnózy (česky):

Hlavní:

Ostatní:

Objektivní nález (status praesens generali, v případě orgánového postižení i st. localis):

Medikace:

* Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění

Označte křížkem platnou odpověď:

Zdravotní stav žadatele

- vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

Osoba

- je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb – netrpí akutní infekční chorobou (případně infekční a parazitární chorobou, kožní chorobou, svrabem, tuberkulózou, pohlavní nemocí v akutním stadiu)
- není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční choroby
- hrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
- nehrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
- hrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- nehrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

Vyjádření lékaře, zda je žadatel schopen jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby a následně ji podepsat.

ANO

NE

Datum:

Razítko a podpis lékaře: