

Žádost o umístění do Domova pro seniory v Domě sociálních služeb Pacov, p.o.

Žádost doručena dne:	Žádost zařazena do evidence dne:
	Evidenční číslo:
Zařazení žádosti do evidence bylo VÚZOP/staniční sestrou DSSP: <input type="checkbox"/> schváleno <input type="checkbox"/> zamítnuto	
Datum a podpis:	

*vyplňuje DSSP

Údaje o žadateli

Jméno a příjmení:.....
Datum narození:.....
Číslo občanského průkazu/pasu:.....
Telefonní kontakt:.....
Adresa trvalého bydliště:.....
Kontaktní adresa (liší-li se od trv. bydliště):.....
Výše přiznaného příspěvku: <input type="checkbox"/> I. stupeň (880 Kč) <input type="checkbox"/> žádost o příspěvek na péči byla podána <input type="checkbox"/> II. stupeň (4 400 Kč) <input type="checkbox"/> o příspěvek na péči dosud nebylo zažádáno <input type="checkbox"/> III. stupeň (12 800 Kč) <input type="checkbox"/> IV. stupeň (19 200 Kč)
Popis současné sociální situace a důvod podání žádosti (povinné):

K žádosti o umístění je nutné dodat:

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele

Údaje o kontaktní osobě/opatrovníkovi* (je-li stanoven soudem)**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:**.....

* Je-li opatrovník stanoven, je nutné tuto skutečnost doložit kopií listiny opatrovníka. Opatrovník se automaticky stává kontaktní osobou.

Poučení a souhlas se zpracováním osobních údajů:

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.

Dále ve smyslu obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) tímto uděluji souhlas k předání svých osobních údajů v rozsahu jméno, příjmení, datum narození, číslo občanského průkazu nebo cestovního pasu, adresa trvalého či přechodného bydliště a kontaktní údaje Kraji Vysočina, IČ: 70890749, se sídlem Žižkova 1882/57, Jihlava, zodpovědnému za plánování dostatečné kapacity sociálních služeb a tvorbu krajské sítě sociálních služeb, a k jejich zpracovávání krajem (včetně možnosti ověřování v registru obyvatel) za účelem vedení evidence klientů a žadatelů o poskytnutí pobytové sociální služby, zjištění duplicitních žádostí a skutečného počtu unikátních zájemců o službu. Souhlas uděluji na dobu vedení v evidenci klientů či žadatelů o poskytnutí pobytové sociální služby. Zpracovávání je prováděno k plnění úkolů ve veřejném zájmu a práva žadatele/ky související se zpracováním osobních údajů za uvedeným účelem jsou podrobněji popsána na <https://www.kr-vysocina.cz/formulare/ds-304368/p1=105414>.

V případě, že tuto žádost podepisuji v zastoupení žadatele/ky, prohlašuji, že s jeho obsahem a důsledky pro jeho/její práva a povinnosti byl/a přiměřeným způsobem, tedy jasně, srozumitelně a za použití vhodných jazykových prostředků, seznámen/a i samotný/á žadatel/ka.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Datum:

Podpis žadatele/zástupce/opatrovníka:.....

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: