

Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem 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

Duševní stav, případné projevy demence:

Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení? (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, interního, protialkoholního atd.) Pokud ano, dodejte výsledky vyšetření.

Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění? ano ne

Pokud ano, pro jaké:

Je žadatel léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ano ne

Pokud ano, v jaké formě a kým:

Je žadatel schopen chůze? ano ne s pomocí

Je žadatel upoután trvale na lůžko? ano ne

Je žadatel schopen sám sebe obsloužit? ano ne s pomocí

Je žadatel schopen se najíst? ano ne s pomocí

Je žadatel schopen sám jednat o svých osobních záležitostech? ano ne

Noční aktivita? ano (jaká) ne

Používá kompenzační pomůcky? ano (jaké) ne

Používá inkontinentní potřeby? trvale jen v noci ne

Očkování žadatel a termíny očkování:

Pneumo 23 (datum posledního očkování):

Chřipka (datum posledního očkování):

TAT (datum posledního očkování):

SARS-CoV-2 (datum posledního očkování):

Jiná očkování (druh a datum posledního očkování):

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: