DSSP
DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

Žádost o umístění do pobytové sociální služby
v Domě sociálních služeb Pacov, p. o.

Žádost doručena dne:	**Žádost zařazena do evidence dne:**
	Evidenční číslo:

Zařazení žádosti do evidence bylo staniční sestrou DSSP:

☐ schváleno DPS
☐ schváleno DZR
☐ zamítnuto

Datum a podpis:

*vyplňuje DSSP

Údaje o zájemci

Jméno a příjmení, titul: (u žen též rodné příjmení): ……
……..

Datum a místo narození: …….

Číslo občanského průkazu/pasu: ……...

Telefonní kontakt: ……..

Adresa trvalého bydliště: ……...

Kontaktní adresa (liší-li se od trv. bydliště): …….

Výše přiznaného příspěvku:

☐ I. stupeň (880 Kč)
☐ II. stupeň (4 900 Kč)
☐ III. stupeň (14 800 Kč)
☐ IV. stupeň (23 000 Kč, 27 000 Kč)

☐ žádost o příspěvek na péči byla podána
☐ ANO ☐ NE

měsíc podání…….

Popis současné sociální situace a důvod podání žádosti (povinné):

K žádosti o umístění je nutné dodat:

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu zájemce
- kopii rozhodnutí o výši přiznaného příspěvku na péči

Údaje o kontaktní osobě

Jméno a příjmení: …….

Telefonní kontakt: …… **E-mail**: …….

Adresa: ……..

Příbuzenský poměr k zájemci: …….

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 soudem)

Jméno a příjmení: …….

Telefonní kontakt: …… **E-mail**: …….

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 opatrovníka**: …….

* Je-li opatrovník stanoven, je nutné tuto skutečnost doložit kopií Usnesení/ Rozhodnutí a Listiny opatrovníka. Opatrovník se automaticky stává kontaktní osobou.

Poučení a souhlas se zpracováním osobních údajů:

Zájemce souhlasí s tím, aby Dům sociálních služeb Pacov, p. o. shromažďoval osobní údaje o zájemci (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. Zájemce 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 zájemci 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 zájemců o poskytnutí pobytové sociální služby, zjištění duplicitních žádostí a skutečného počtu unikátních zájemců o službu. Souhlas uděluji na dobu vedení v evidenci klientů či zájemců o poskytnutí pobytové sociální služby. Zpracovávání je prováděno k plnění úkolů ve veřejném zájmu a práva zájemce 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 zájemce, 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 zájemce/kyně.

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

Datum: ……

Podpis zájemce/zástupce/opatrovníka: ……

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

Vyjádření praktického lékaře

ke zdravotnímu stavu zájemce o pobytovou sociální službu v DSSP*

Zájemce

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 zájemce o umístění*

Duševní stav, případné projevy demence:

- poruchy komunikace
- poruchy soběstačnosti
- poruchy orientace – místem, časem, osobou, situací
- poruchy paměti
- deprese, úzkosti
- fóbie, halucinace

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

Je zájemce léčen nebo sledován pro infekční onemocnění? ano ne

Pokud ano, pro jaké: .....

Je zájemce léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ano ne

Pokud ano, v jaké formě a kým: .....

Je zájemce schopen chůze?	ano	ne	s pomocí
Je zájemce upoután trvale na lůžko?	ano	ne	
Je zájemce schopen sám sebe obsloužit?	ano	ne	s pomocí
Je zájemce schopen se najíst?	ano	ne	s pomocí
Je zájemce schopen sám jednat o svých osobních záležitostech?	ano	ne	
Noční aktivita?	ano (jaká)	ne	…….
Používá kompenzační pomůcky?	ano (jaké)	ne	…….
Používá inkontinentní pomůcky?	trvale	jen v noci	ne

Očkování zájemce 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 zájemce

- ☐ 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 zájemce schopen jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby a následně ji podepsat.

☐ ANO ☐ NE

Datum: Razítko a podpis lékaře: