

Pořadové číslo žádosti:

razítko a podpis odpovědného pracovníka OS

č. registrace: 3635249

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Datum přijetí žádosti:		Vyřazení ze seznamu:	
Zařazení do seznamu:		Důvod vyřazení:	
Datum přijetí žadatele:			

ÚDAJE O ŽADATELI

Příjmení:		Datum narození:	
Jméno:		Místo narození:	
Rodné příjmení:			
Titul:		Zdrav. Poj.:	
Bydliště:		Číslo OP:	
		Platnost OP do:	
Kontakt:	E-mail:	Telefon:	
Praktický lékař žadatele:	Příjmení, Jméno:		Titul:
	Adresa:		Tel.:
			E-mail:

KONTAKTNÍ OSOBA PRO JEDNÁNÍ S OS

Příjmení:		Tel.:	
Jméno:		E-mail:	
Vztah k žadateli:		Datum:	
Bydliště:		Podpis:	

KONTAKTNÍ OSOBA svým podpisem přijímá pověření žadatel/žadatelky a zároveň souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů a dává pověření k jednání se sociálním pracovníkem OS ohledně nástupních formalit nutných k jeho/jejímu přijetí do OS.

OPATROVNÍK (je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům)

Příjmení, Jméno:		Vztah:	
Bydliště:		Tel.:	
		E-mail:	
Rozhodnutí soudu:		Datum:	
Ze dne:		Podpis:	
Číslo jednací:			

OPATROVNÍK svým podpisem souhlasí se zpracováním souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů.

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KONTAKTNÍ OSOBY

Příjmení, Jméno:		Vztah:	
Bydliště:		Tel.:	
		E-mail:	
Příjmení, Jméno:		Vztah:	
Bydliště:		Tel.:	
		E-mail:	
Příjmení, Jméno:		Vztah:	
Bydliště:		Tel.:	
		E-mail:	

SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ (důvody pro přijetí nebo nepřijetí do OS)

--

FAKULTATIVNÍ SDĚLENÍ

Příspěvek na péči: (nehodící se škrtněte)	Ano	Ne	V jednání	Stupeň závislosti: (nehodící se škrtněte)	bez závislosti	I.	II.	III.	IV.
Strava: (nehodící se škrtněte)	Diabetická								
	Racionální								
	Jiná:								
Alergie: (nehodící se škrtněte)	Ne								
	Ano:								
Zvláštní požadavky:									

ÚKONY POŽADOVANÉ ŽADATELEM

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.	Ano	Ne
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.	Ano	Ne
Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.	Ano	Ne
Poskytnutí ubytování - jedná se o pobytovou formu služby.	Ano	Ne
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.	Ano	Ne
Sociálně terapeutické činnosti.	Ano	Ne
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.	Ano	Ne
Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.	Ano	Ne

SEZNAM POVINNÝCH PŘÍLOH (předány společně se žádostí)

Lékařská zpráva se seznamem aktuální medikace.	Ano	Ne
Rozhodnutí o omezení svéprávnosti.	Ano	Ne
Další rozhodnutí orgánů státní správy, která mohou mít vliv na poskytování a průběh sociální služby.		

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/ŽADATELKY:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen s tím, že OS shromažďuje a zpracovává mé osobní a citlivé údaje v rámci plnění právních povinností dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a to v listinné i elektronické podobě v souladu s nařízením EU (GDPR) platným od 25.5.2018.

Souhlasím s užíváním svého rodného čísla pro účely jednoznačné identifikace mé osoby v rámci agendy žadatelů o umístění v OS.

Souhlasím s pořízením fotokopie svého aktuálního důchodového výměru, přiznaného Příspěvku na péči, lékařské zprávy a dalších dokumentů a osobních dokladů, které přikládám k této žádosti.

Souhlasím s tím, že pověřeni pracovníci OS mají právo seznámit se s mým zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti o přijetí do OS.

Prohlašuji, že nejsem souběžně uživatelem sociální služby stejného zaměření.

Beru na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytnutí pobytové služby sdělím neprodleně a prokazatelně sociální pracovníci OS

Prohlašuji, že veškeré údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné.

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KONTAKTNÍ OSOBY svým podpisem souhlasí se zpracováním souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů.

Poskytovatel má právo odmítnout žadatele a to i v případě, že jeho zdravotní stav není odpovídající rozsahu poskytované péče, pokud není volné místo, pokud žadatel žádá službu, která není poskytována a pokud poskytovatel vypověděl žadateli v předchozím období smlouvu z důvodu nevhodného chování, porušování vnitřních předpisů poskytovatele a pro neplacení služby.

Žadatel je seznámen s aktuální cenou služby, vnitřními předpisy, vnitřním řádem, chodem zařízení, posal řádně vyplněnou žádost a se vsím v ní zmíněné souhlasí a splnil veškeré podmínky nákupu.

UPOZORNĚNÍ PRO ŽADATELE/OPATROVNÍKA

Žadatel (opatrovník) je seznámen se skutečností, že v případě přijetí žádosti OS je povinen, vždy po 6 ti měsících, prokazatelně žádost aktualizovat (telefonicky sociální pracovníci OS, e-mailem, dopisem či osobně).

Nebude-li žádost v uvedeném termínu aktualizována, bude automaticky ze systému vyřazena.

V:	Dne:
podpis žadatele/žadatelky	podpis opatrovníka

Uzavření smlouvy (nehodící se škrtněte)	Ano	Ne
Odmítnutí žadatele (odůvodnění):		

Pořadové číslo žádosti:

razítko a podpis odpovědného pracovníka

405 02 Děčín

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE (platné možnosti označte křížkem)

Upoutání na lůžko	Vůbec		Schopnost vydržet v sedu 30 minut:
	Převážně		
	Trvale		

Chůze	Zcela sám/a	S lehkou dopomocí	Neschopen/a	Sám/a do stoje
	S kompenzační pomůckou		S kompenzační pomůckou a nutnou asistencí	
	<i>hůl</i>	<i>f. berle</i>	<i>chodítka nízké</i>	<i>chodítka vysoké</i>

Denní činnosti	činnost	ANO	NE	s dopomocí	činnost	ANO	NE	s dopomocí
	Nají se sám				Uchopení nádoby s nápojem			
	Oblékání				Hygiena (celková ve vaně/sprše)			
	Obouvání				Mytí obličeje, rukou			

Inkontinence	NE	PMK	ANO	trvalá	částečná	noční
--------------	----	-----	-----	--------	----------	-------

Orientace (časem, prostorem, osobou)	Plně orientován/a	
	S občasnými potížemi	
	Dezorientován/a	

Agrese	forma:	ANO	NE	forma:	ANO	NE
	Verbální			Sebepoškozování		
	Fyzická			Nebezpečná/ý sobě a okolí		

Potřeba lékařské péče	Téměř každý den		OL (např. oční, diabetolog, kardiolog, neurolog, psychiatr, jiná odb.):
	Občas		
	Pouze preventivní kontroly		
	Alergie:		

DATUM	MÍSTO	PODPIS ZAMĚŠTNANCE	PODPIS ŽADATELE