

ŽÁDOST

O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SLUŽBY V DOMOVĚ PRO SENIORY ČESKÁ LÍPA

Informace o přijetí žádosti (vyplňuje poskytovatel)

Žadatel o poskytnutí sociální služby

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Datum a místo narození: _____

Státní příslušnost: _____

Aktuální místo pobytu žadatele: _____

Telefonní kontakt na žadatele: _____

Odůvodnění podání žádosti (proč potřebujete naši sociální službu)

Zákonný zástupce žadatele / Opatrovník (vyplňte, pokud je opatrovník ustanoven soudem)

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Souhlas k podávání informací osobě blízké

Dávám souhlas k podávání informací týkajících se vyřizování žádosti a poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Česká Lípa, Na Blatech 3211 panu, paní

Jméno a příjmení: _____

Vztah k žadateli: _____ Telefon, e-mail: _____

Adresa: _____

Vlastnoruční podpis osoby blízké: _____

(Vlastnoručním podpisem souhlasím, aby uvedené údaje byly použity při jednání žadatele o přijetí a při poskytování služby domova ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady /EU č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES.)

Prohlášení Domova pro seniory Česká Lípa

Domov prohlašuje, že ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů; dále jen „Nařízení“), osobní údaje žadatelů shromažďuje a zpracovává zejména pro účely činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a že jsou řádně zabezpečeny.

Informace o dalším postupu

Vaše žádost bude posouzena dle příslušných ustanovení Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění a Vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. O výsledku posouzení budete písemně informován(a). V případě kladného posouzení Vaši žádosti bude žádost zařazena do evidence žadatelů o pobytovou sociální službu, v opačném případě bude Vaše žádost zamítnuta.

Pokud se pro Vás uvolní v domově místo, budete vyzván k nástupu do domova.

Pokud odmítnete nastoupit k pobytu do domova více než třikrát, bude Vaše žádost z evidence vyřazena.

Každý žadatel je povinen písemně nebo e-mailem oznámit domovu každý rok do 31.1., zda zájem o poskytnutí služby nadále trvá. Pokud tak neučiní, bude jeho žádost z evidence vyřazena.

Prohlášení žadatele (opatrovníka)

Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a souhlasím s jejich shromažďováním a uchováváním, včetně údajů v souvisejících dokumentech při poskytování služby (dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), a to až do doby jejich archivace a skartace. V případě neúplné žádosti dodám potřebné náležitosti, aby moje žádost mohla být řádně zaevidována. Zároveň se zavazuji bez odkladu informovat Domov pro seniory Česká Lípa o změnách rozhodných pro vedení žádosti v evidenci žadatelů o pobytovou sociální službu. Beru na vědomí, že je mou povinností a v mém osobním zájmu údaje uvedené v této žádosti a v jejich přílohách průběžně aktualizovat. Beru na vědomí, že v případě potřeby mohu být vyzván/a Domovem pro seniory k doplnění podkladů týkajících se vyjádření odborných lékařů-specialistů.

Dne: _____

podpis žadatele

podpis opatrovníka
(pokud je ustanoven soudem)

Součástí žádosti jsou následující dokumenty (bez nich nemůže být žádost přijata):

- 1) Vyjádření praktického lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele (domov si může vyžádat i vyjádření odborného lékaře). Vyjádření nesmí být starší než tři měsíce.
- 2) Pokud je žadatel omezen v právních úkonech, je třeba doložit kopii Rozhodnutí soudu o omezení a Usnesení o jmenování opatrovníka.

Vyjádření lékaře pro účely poskytování pobytové sociální služby Domov pro seniory Česká Lípa

Jméno a příjmení

Datum narození

Používání kompenzačních pomůcek

- ☐ Ano – jaké
☐ Ne

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

- ☐ Ano
☐ Ne

Závislosti

- ☐ Ano – jaké
☐ Ne

Má žadatel akutní infekční onemocnění?

- ☐ Ano – jaké
☐ Ne

Narušuje chování žadatele závažným způsobem (z důvodů duševní choroby) kolektivní soužití?

- ☐ Ano
☐ Ne

Aktuální zdravotní stav včetně DG

Další doplňující údaje

Údaje o soběstačnosti

Stravování- najedení, napití	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Oblékání, svlékání, obouvání	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Osobní hygiena	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Tělesná hygiena- koupání	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Přesun na lůžko	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Chůze	☐	sám	☐	s částečnou pomocí (chodítko atd.)	☐	neprovede
Chůze po schodech	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Péče o zdraví- léčebný režim	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Osobní aktivity	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Péče o domácnost	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Použití WC	☐	sám	☐	s částečnou pomocí	☐	neprovede
Kontinence moči	☐	kontinentní	☐	občas inkontinentní	☐	trvale inkontinentní
Kontinence stolice	☐	kontinentní	☐	občas inkontinentní	☐	trvale inkontinentní

x) křížkem označte odpovídající kolonku

Dne: __. __. ____

podpis lékaře, razítko

Vyjádření vedoucí zdravotní péče Domova pro seniory
 (vyplňuje pouze vedoucí zdravotní péče Domova pro seniory)

Dne: __. __. ____

podpis vedoucí zdravotní péče