 **CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH
V Sídlišti 347, 330 22 Zbůch**
 **377 830 611**

**fax: 377 830 600**

**e–mail: info@centrumzbuch.cz**

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY**

**ve smyslu § 90 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Rodné číslo** *[nepovinné]* |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Adresa trvalého bydliště, PSČ** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |
| **Výše příspěvku na péči** | **1. stupeň** | **2. stupeň** | **3. stupeň** | **4. stupeň** |

|  |
| --- |
| **Žadatel** ⃝ **je – není** ⃝ **omezen ve svéprávnosti** ( označte volbu ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka/kontaktní osoby** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |

|  |
| --- |
| **Prohlášení uživatele (popř. zákonného zástupce/opatrovníka)** |
| * Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že poskytování sociální služby je možné jen na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb.
* Podepsání smlouvy předchází jednání se zájemcem o sociální službu.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že při vyřizování žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb dochází ke zpracování osobních údajů, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po celou dobu čekání na uvolnění kapacity. Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností poskytovatele sociálních služeb a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník), je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.
* Kontaktní osoba, pokud je v žádosti také uvedena, musí s poskytnutím svých osobních údajů souhlasit. Je tedy nezbytné, aby kontaktní osoba vyplnila a přiložila k žádosti formulář „Souhlas se zpracováním osobních údajů kontaktní osoby“.
* **Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) zároveň prohlašuje, že veškeré údaje, které jsou v žádosti uvedené, jsou pravdivé**.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V případě plné kapacity soc. služby žádám o zařazení do pořadníku čekatelů** | ⃝ **Ano** | ⃝ **Ne** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ve: dne: | Podpis žadatele/zákonného zást./opatrovníka |

**Lékařský posudek o zdravotním stavu**

**osoby, která žádá o poskytování sociální služby Odlehčovací péče:**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení:** |
| **Rodné číslo:** | **Zdravotní pojišťovna:** |

|  |
| --- |
| **Anamnéza:** |
| **Podávané léky:** |
| **Alergie:** |
| **Používané kompenzační pomůcky:** |
| **Schopen chůze bez pomoci jiné osoby:** | **ano** | **ne** |
| **Upoután trvale na lůžko:** | **ano** | **ne** |
| **Inkontinence:** | **ano** | **ne** |
| **Schopen sebeobsluhy:** | **ano** | **ne** | **částečně** |
| **Potřebuje zvláštní péči? Pokud ano, uveďte, prosím, jakou:** |

|  |
| --- |
| **OČKOVÁNÍ** |
| **Proti žloutence** | **ano** | **ne** | **Dne:**  |

|  |
| --- |
| **LÉKAŘSKÝ NÁLEZ (CELKOVÝ):** |
| **DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR (u mentálního postižení stupeň MP):** | **Statistická značka hlavní choroby podle MKN:** |

**Dne: Razítko a podpis lékaře**