

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Ev.č. PS 1/2021 F1

ŽADATEL:			
<b>Jméno a příjmení, titul</b>		<b>Žádost přijata dne</b> <i>(nevypisujte)</i>	
<b>Narození</b> <i>(den, měsíc, rok)</i>		Do 15 dnů obdržíte odpověď na Vaši žádost.	
<b>Adresa trvalého bydliště</b> <i>(ulice, čp., město, PSČ)</i>			
<b>Kontakt</b> <i>(telefon, email)</i>			
<b>Místo současného pobytu</b>			
<b>NAPIŠTE DŮVODY VYUŽITÍ SLUŽBY:</b>			
<b>Kontakt na OSOBU BLÍZKOU - OSOBU pomáhající s podáním žádosti, OPATROVNÍKA (soudně ustanoveného) nebo ZPLNOMOCNĚNCE ŽADATELE</b> <i>(jméno, příjmení, telefon, email)</i>			
PŘÍSPĚVEK NA PÉČI <i>(nepovinný údaj, v případě vyplnění, uveďte vyhovující variantu)</i>			
<input type="checkbox"/> I. stupeň	<input type="checkbox"/> II. stupeň	<input type="checkbox"/> III. stupeň	<input type="checkbox"/> IV. stupeň
<input type="checkbox"/> v řízení	<input type="checkbox"/> nepřiznán	<input type="checkbox"/> podán návrh na zvýšení	
SLUŽBU DOMOVA PRO SENIORY MÁM V ZÁJMU VYUŽÍVAT: <i>prosím zaškrtněte...</i>			
	Co nejdříve		
	Později..., např. přibližné datum: <i>(vypsat)</i>		
<b>V případě odmítnutí žádosti z důvodu naplněné kapacity domova: zaškrtněte</b>			
<input type="checkbox"/> Souhlasím se zařazením do EVIDENCE ŽADATELŮ O SLUŽBU <input type="checkbox"/> Nesouhlasím se zařazením do EVIDENCE ŽADATELŮ O SLUŽBU			

**VYJÁDRĚNÍ KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE** (prosím zaškrtněte pravdivou odpověď)

Jsem schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Používám hole, chodítko, invalidní vozík (*zaškrtněte)	ANO	NE
Trpím závratěmi nebo opakovanými pády	ANO	NE
Nepamatuji si, jaký máme den, roční dobu, nevím datum narození	ANO	NE
Vstanu sám ze židle	ANO	NE
Chodím po schodech	ANO	NE
Jsem upoután převážně / trvale* na lůžko (*zaškrtněte)	ANO	NE
Jsem schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE
Dokážu se samostatně umýt (obličej)	ANO	NE
Dokážu se samostatně najíst	ANO	NE
Dokážu se samostatně převléci	ANO	NE
Potřebuji dietní stravování. Vypište:	ANO	NE
Potřebuji občasné / trvalé* ošetření lékařem (*zaškrtněte)	ANO	NE

**Trpí žadatel některými z těchto příznaků demence a do jaké míry?** (prosím zaškrtněte, vypište)

<input type="checkbox"/> <b>osoba trpí ztrátou orientace místa a času</b> (neví, kde se nachází, jaký je den, čas, hodina)	
<input type="checkbox"/> <b>osoba trpí ztrátou paměti rozeznání osob</b> (nerozezná osoby blízké, pečující)	
<input type="checkbox"/> <b>osoba trpí ztrátou sebeobslužných činností</b> (nedokáže se najíst, napít, převléct, umýt)	
<input type="checkbox"/> <b>osoba trpí ztrátou orientace vlastní osobou</b> (nepamatuje si své jméno, neví kdo je)	
<input type="checkbox"/> <b>osoba trpí ztrátou orientace v prostoru</b> (odchází bez návratu)	

**PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Sociální služba domova pro seniory SAREPTA Komorní Lhotka zpracovává osobní údaje ŽADATELE v rámci plnění právní povinnosti dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, a v souladu s nařízením EU (GDPR)\*. **Informace o zpracování osobních údajů pro účely jednání se žadatelem o sociální službu DOMOV PRO SENIORY** jsou dostupné na webových stránkách [www.slezskadiakonie.cz](http://www.slezskadiakonie.cz) (záložka služby - senioři) a dále v místě poskytování sociální služby na adrese Komorní Lhotka 210, 739 54.

\*nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a zrušení směrnice 95/46/ES s platností od 25. 5. 2018

**PROHLÁŠENÍ ŽADATELE / osoby pověřené zastupováním**

Žadatel o sociální službu domova pro seniory bere na vědomí rozsah a způsob zpracování osobních údajů. Poskytnuté údaje jsou pravdivé.

V.....dne.....

Podpis žadatele.....

**POKUD ŽADATEL NENÍ SCHOPEN PODPISU, NAPIŠTE ZDE TUTO INFORMACI A PODPIS PŘIPOJÍ OSOBA, KTERÁ POMÁHÁ S VYŘÍZENÍM ŽÁDOSTI.**

Podpis osoby pověřené zastupováním.....