

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Ev.č. PS 1/2024 F1

ŽADATEL:			
Jméno a příjmení, titul		Žádost přijata dne <i>(nevypisujte)</i>	
Narození <i>(den, měsíc, rok)</i>		<i>Do 15 dnů obdržíte odpověď na Vaši žádost.</i>	
Adresa trvalého bydliště <i>(ulice, čp., město, PSČ)</i>			
Kontakt <i>(telefon, email)</i>			
Místo současného pobytu			
NAPIŠTE DŮVODY VYUŽITÍ SLUŽBY:			
Kontakt na OSOBU BLÍZKOU - OSOBU pomáhající s podáním žádosti, OPATROVNÍKA (soudně ustanoveného) nebo ZPLNOMOCNĚNCE ŽADATELE <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>		
V případě odmítnutí žádosti z důvodu naplněné kapacity domova: zaškrtněte			
<input type="checkbox"/> Souhlasím se zařazením do EVIDENCE ŽADATELŮ O SLUŽBU			
<input type="checkbox"/> Nesouhlasím se zařazením do EVIDENCE ŽADATELŮ O SLUŽBU			

VYJÁDŘENÍ KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE (prosím zaškrtněte pravdivou odpověď)

Jsem schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Používám hole, chodítka, 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

Trpíte některými z těchto příznaků demence? Pokud ano, do jaké míry? (prosím zaškrtněte, vypište)

<input type="checkbox"/> trpím ztrátou orientace místa a času (nevím, kde se nacházím, jaký je den, čas, hodina)	
<input type="checkbox"/> trpím ztrátou paměti rozeznání osob (nerozeznám osoby blízké, pečující)	
<input type="checkbox"/> trpím ztrátou sebeobslužných činností (nedokážu se najíst, napít, převléct, umýt)	
<input type="checkbox"/> trpím ztrátou orientace vlastní osobou (nepamatuji si své jméno, nevím, kdo jsem)	
<input type="checkbox"/> trpím ztrátou orientace v prostoru (odcházím 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 (záložka služby – senioři) a dále v místě poskytování sociální služby na adrese U Svobodáren č.p. 1300,1303, 735 06 Karviná – Nové Město.

*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

Já, žadatel o sociální službu domova pro seniory beru 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 ŽADOSTI.

Podpis osoby pověřené zastupováním.....