

Žádost o poskytování služby v Domově pro seniory Havlíčkův Brod		(vyplní podatelna)
1. Žadatel příjmeníjméno (křestní)		
2. Datum narození den, měsíc, rok	3. Státní příslušnost (případně povolení k pobytu, pobytová karta aj.) 	
4. Trvalé bydliště, PSČ telefon.....		
5. Místo aktuálního pobytu žadatele, adresa, PSČ telefon.....		
6. Je žadatel příjemcem příspěvku na péči: Ano (stupeň – dobrovolný údaj) Ne Má teprve podanou žádost ode dne:		
7. Popis stávající žadatelovy situace (jak má nyní zajištěnu péči o vlastní osobu, o domácnost)? 		
8. Jaké jsou žadatelovy potřeby a požadavky, očekávání od pobytové sociální služby? (jeho přání a cíle) 		

9. **Žadatel je osamělý** (je svobodný, bezdětný):

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐

10. Jméno a adresa **zákonného zástupce**, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:

.....
.....tel.....

11. **Kontaktní osoby** pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí žadatele do zařízení:

1. Jméno a přesná adresa:

.....
.....

vztah k žadateli (syn, dcera, apod.).....

telefonmobilní tel.....

e-mail:.....

2. Jméno a přesná adresa:

.....
.....

vztah k žadateli (syn, dcera, apod.).....

telefonmobilní tel.:.....

e-mail:.....

12. **Žadatel má zájem o sociální službu** (zaškrtněte):

- ☐ domov pro seniory:
 - v objektu U Panských 1452, Havlíčkův Brod
 - v objektu Husova 2119, Havlíčkův Brod
 - NOVÝ PAVILON Husova 2119, Havlíčkův Brod
- ☐ domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí:
 - v Břevnici 54
 - NOVÝ PAVILON Husova 2119, Havlíčkův Brod

13. Informace o dalším postupu

Po doručení Vaší žádosti do Domova pro seniory HB pracovníci pověřeni vyřizováním žádostí a dalším jednáním za účelem uzavření smlouvy posoudí, zda spadáte do cílové skupiny uživatelů a zda je Vaše přijetí do zařízení možné. Posouzení proběhne zpravidla v termínu do 30 dnů ode dne podání žádosti se všemi přílohami. O výsledku budete písemně informován.

Doporučujeme, aby nás žadatel nebo jeho kontaktní osoby či jiné další osoby (např. sociálně-zdravotní pracovníci ve zdravotnických zařízeních atd.) průběžně informovaly o naléhavosti přijetí žadatele.

Povinnými přílohami žádosti jsou:

- **Aktuální vyjádření obvodního lékaře – přikládá se k žádosti v zalepené obálce (nakládá s ním pouze zdravotnický personál poskytovatele).** Pokud je žadatel hospitalizován, je možné nahradit vyjádřením ošetřujícího lékaře ve zdravotnickém zařízení a vyjádření obvodního lékaře dodat až před podpisem Smlouvy o poskytování služby. Vyjádření lékaře má platnost nejdéle 12 měsíců ode dne vyplnění, v případě překročení této doby je při přijetí do zařízení nutno vyjádření obvodního lékaře aktualizovat.
- V případě, že žadatel je uživatelem pečovatelské nebo jiné sociální služby, je potřeba doložit **potvrzení o využívání této služby** (potvrzení vydá konkrétní poskytovatel sociálních služeb).
- **Kopie dokladů v případě, že žadatel je zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům** (rozhodnutí soudu, usnesení o ustanovení opatrovníka).
- Kopie dokladů a dokumentů **není** potřeba ověřovat.
- Prosíme, nepřikládejte k žádosti kopie dokládající výši příjmů žadatele – toto se dokládá až před samotným podpisem Smlouvy o poskytování sociálních služeb a nástupem do zařízení.

14. Souhlas žadatele

- V případě aktuálně naplněné kapacity zařízení
 - **souhlasím***
 - **nesouhlasím***se zařazením své žádosti včetně všech příloh do Seznamu žadatelů.
- **Jsem si vědom/a toho, že tento svůj souhlas s vedením mých osobních údajů v Seznamu žadatelů včetně příloh a údajů o mých kontaktních osobách mohu kdykoliv odvolat.**

*nehodící se škrtněte

15. Poučení žadatele o zpracování a ochraně jeho osobních údajů

Domov pro seniory zpracovává osobní údaje žadatele uvedené v žádosti a jejích přílohách včetně údajů o jeho zdravotním stavu a kontaktních osobách za účelem jednání směřující k uzavření Smlouvy o poskytování sociálních služeb.

Pokud z důvodu naplněné kapacity není možné žadateli ihned vyhovět a ihned uzavřít Smlouvu o poskytování soc. služeb, pak další evidence uvedených osobních údajů žadatele je v Seznamu žadatelů na základě výslovného souhlasu žadatele dle bodu 14. Uvedené osobní údaje žadatele jsou v zařízení chráněny před neoprávněným přístupem.

Zpracování a uchovávání uvedených osobních údajů žadatele probíhá v zařízení po dobu dalšího jednání s žadatelem o přijetí a uzavření smlouvy, dále pak do doby jejich archivace a skartace v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě v platném znění a v souladu s vnitřním předpisem zařízení č. 11 - Spisový a skartační řád. Bližší informace týkající se ochrany osobních údajů v organizaci včetně kontaktu na pověřence pro ochranu osobních údajů najdete na webových stránkách organizace www.ddhb.cz.

16. Prohlášení žadatele

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl pravdivě, беру на vědomí všechny informace a poučení uvedené v této žádosti. Jsem si vědom povinnosti informovat zařízení o změnách, které by mohly mít vliv na posouzení mé žádosti a jednání za účelem uzavření Smlouvy o poskytování sociálních služeb.

.....
vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

Dne V

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k žádosti do Domova pro seniory Havlíčkův Brod, p.o. Husova 2119, Havlíčkův Brod

1. Žadatel			
..... příjmení		 jméno	
narozen dne.....			
bydliště:			
ulice		číslo	místo PSČ, pošta
2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
3. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
4. Trpí žadatel demencí? ANO NE			
Typ demence:		alkoholová	ANO NE
		vaskulární	ANO NE
		Alzheimerova	ANO NE
		jiná:.....	Stupeň:
5. Diagnóza:			
a) Hlavní			
b) Ostatní choroby			
6. Schopnost sebeobsluhy:			
a) schopnost chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
b) schopnost chůze s pomocí kompenzačních pomůcek		ANO	NE
c) upoutání na lůžko trvale - převážně		ANO	NE
7. Jiné údaje (např. závislost na omamných, psychotropních či jiných látkách):			
Vdne			
..... razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)			