

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V CSS EMAUSY

Datum podání žádosti, razítko:	Evidenční číslo:	<input type="checkbox"/> DOMOV PRO SENIORY <input type="checkbox"/> DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM
--------------------------------	------------------	---

Žadatel/ka

jméno a příjmení: titul:

datum narození (den, měsíc, rok): místo:

rodné příjmení: rodinný stav:

státní občanství: kontakt (tel., e-mail)

trvalé bydliště (ulice, č.p., obec, PSČ):

.....

současné místo pobytu:

.....

Praktický lékař

praktický lékař (jméno, sídlo):

..... zdravotní pojišťovna

Příspěvek na péči

 ANO NE

přiznaný stupeň:

příspěvek dosud nepřiznán, žádost podána dne:

Údaje o zákonném zástupci či soudem určeném opatrovníkovi

Svéprávnost (vyberte): plná / omezená

V případě omezené svéprávnosti nutno doložit kopii rozsudku o omezení svéprávnosti.

Opatrovník:

jméno a příjmení:

adresa trvalého bydliště:

telefonní kontakt:

usnesení soudu: v..... ze dne..... č.j.

Zástupce / Podpůrce:

jméno a příjmení:

adresa trvalého bydliště:

telefonní kontakt:

Kontaktní osoby

Kontaktní osoba 1:

jméno a příjmení:

adresa trvalého bydliště:

telefon: email:

příbuzenský poměr k žadateli:

Kontaktní osoba 2:

jméno a příjmení:

adresa trvalého bydliště:

telefon: email:

příbuzenský poměr k žadateli:

Kontaktní osoba 3:

jméno a příjmení:

adresa trvalého bydliště:

telefon: email:

příbuzenský poměr k žadateli:

Důvod podání žádosti o poskytnutí sociální služby:**Přání a požadavky žadatele o poskytování sociální služby:****Jaká péče je v současné době poskytována (rozsah péče, četnost atp.):****Kdo péči zajišťuje (např. rodina, osoba blízká, dostupná pečovatelská služba atp.):****Mám zájem o ubytování na pokoji (vaši volbu zaškrtněte):**

JEDNOLŮŽKOVÉM DVOULŮŽKOVÉM NEROZHODUJE

Žádost má být v současné době vedena jako:

URGENTNÍ (umístění do 3 měsíců) NEURGENTNÍ

Prohlášení žadatele (soudem ustanoveného opatrovníka či zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě, úplně a o svobodné vůli. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, případně i ukončení pobytu v zařízení sociálních služeb. Stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s informacemi o poskytovaných sociálních službách a aktuální výši úhrady.

Datum a podpis žadatele / zástupce:

Pro koho není služba určena:

- osobám prokazatelně závislým na alkoholu či jiných návykových látkách,
- osobám, které žádají o službu, kterou CSS Emausy neposkytuje,
- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- osobám, kterým byla smlouva o poskytnutí sociální služby vypovězena v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.

Přílohy žádosti:

1. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
2. Dotazník o sociální situaci žadatele
3. Souhlas s nakládáním osobních údajů

Má-li žadatel zákonného zástupce, k žádosti doložte:

1. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti
2. Rozhodnutí o ustanovení opatrovníka
3. Soudem schválené Zastoupení členem domácnosti
4. Soudem schválená nápomoc při rozhodování
5. Plná moc

§ 49 Domov pro seniory: je určen pro osoby starší 60 let, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, zdravotního stavu, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

§ 50 Domov se zvláštním režimem: je určen pro osoby starší 55 let, které trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí popřípadě v kombinaci s jiným postižením a které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

1. Žadatel / žadatelka:

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

.....Zdravotní pojišťovna:

2. Anamnéza (rodinná, osobní; údaje o případné TBC, bacilonosičství, pozitivně HbsAg):

3. Objektivní nález (Status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

4. Diagnóza (česky):

a) Základní

b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Duševní stav (popřípadě projevy narušující kolektivní soužití):

6. Je léčen nebo sledován na specializovaném oddělení zdravotnického zařízení (např. plicního, neurologického, kardiologického apod.):

7. Je závislý na návykových látkách:

8. Soběstačnost (nehodící se škrtněte):

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------------|
| a) Je schopen chůze bez cizí pomoci: | ANO | NE |
| b) Je trvale upoután na lůžko: | ANO | NE |
| c) Je schopen sám sebe obsloužit: | ANO | NE |
| e) Inkontinence moči | ANO | NE; stupeň |
| f) Inkontinence stolice | ANO | NE |
| d) Potřebuje zvláštní péči? | ANO | NE |

jakou

9. Orientace (nehodící se škrtněte):

- | | | |
|-----------|-----|----|
| a) místem | ANO | NE |
| b) časem | ANO | NE |
| c) osobou | ANO | NE |

10. Jiné důležité údaje (např. osoba s poruchou zraku, sluchu, řeči; nosí brýle, naslouchadla, popř. používá jiné kompenzační pomůcky):

Dne:

Razítko a podpis lékaře:

DOTAZNÍK PRO ŽADATELE

Jméno:

Datum:

Schopnost zvládat životní potřeby - zjištění míry soběstačnosti

Chůze po místnosti – po rovině <input type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> chodí s holí, s berlemi <input type="checkbox"/> chodí s chodítkem	<input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> chodí s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> neprovede	Chůze po schodech <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> neprovede
Posazení se na lůžku <input type="checkbox"/> posadí se sám <input type="checkbox"/> posadí se s dopomocí <input type="checkbox"/> neprovede <input type="checkbox"/> polohování na lůžku sám ano x ne	Přesun z lůžka na židli (vozík) <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s malou pomocí <input type="checkbox"/> s dopomocí, vydrží sedět <input type="checkbox"/> neprovede	Oblékání <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede
Transport <input type="checkbox"/> cestuje samostatně <input type="checkbox"/> cestuje, je-li doprovázen <input type="checkbox"/> vyžaduje pomoc <input type="checkbox"/> speciálně upravený vůz	Obstarání nákupu <input type="checkbox"/> samostatně nakoupí <input type="checkbox"/> nakoupí s doprovodem a radou <input type="checkbox"/> neprovede	Základní hygiena <input type="checkbox"/> provede sám <input type="checkbox"/> provede s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede
Koupání, sprchování <input type="checkbox"/> sám vana <input type="checkbox"/> sám sprcha <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	Péče o tělo sám <input type="checkbox"/> nehty ano x ne <input type="checkbox"/> vlasy ano x ne <input type="checkbox"/> pedikúra ano x ne <input type="checkbox"/> holení ano x ne	Najedení, napití <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede, musí se krmit
Péče o domácnost, úklid <input type="checkbox"/> provede sám <input type="checkbox"/> provede s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	Použití WC <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	Kontinence <input type="checkbox"/> kontinentní <input type="checkbox"/> občas inkontinentní <input type="checkbox"/> trvale inkontinentní
Obsluha spotřebičů (RV konvice, TV) <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	Užívání léků <input type="checkbox"/> samostatně v určenou dobu, správnou dávku <input type="checkbox"/> samostatně, jsou -li připraveny a připomenuty <input type="checkbox"/> léky musí být podávány druhou osobou	
Dorozumívání – komunikace <input type="checkbox"/> mluví zřetelně <input type="checkbox"/> mluví s obtížemi <input type="checkbox"/> špatně slyší naslouchátka ano x ne	Komunikace <input type="checkbox"/> chápe a rozumí obsahu a významu sdělovaných zpráv <input type="checkbox"/> částečně chápe a rozumí obsahu a významu <input type="checkbox"/> nechápe a nerozumí obsahu a významu sdělovaných zpráv	
Plně orientován(a) <input type="checkbox"/> v místě <input type="checkbox"/> v čase <input type="checkbox"/> v osobách <input type="checkbox"/> v prostoru	Částečně orientován(a) <input type="checkbox"/> v místě <input type="checkbox"/> v čase <input type="checkbox"/> v osobách <input type="checkbox"/> v prostoru	Neorientován(a) <input type="checkbox"/> v místě <input type="checkbox"/> v čase <input type="checkbox"/> v osobách <input type="checkbox"/> v prostoru

Kompenzační pomůcky (při stěhování do domova je zapotřebí vzít také smlouvu se zdravotní pojišťovnou)

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> hůlka | <input type="checkbox"/> ortézy | <input type="checkbox"/> sluchadlo |
| <input type="checkbox"/> berle | <input type="checkbox"/> chodítko | <input type="checkbox"/> brýle |
| <input type="checkbox"/> francouzské hole | <input type="checkbox"/> vozík | <input type="checkbox"/> polohovací křeslo, apod. |
| <input type="checkbox"/> jiné | | |

Sociální situace

<p>Naléhavost</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Žádost je urgentní <input type="checkbox"/> přijetí do půl roku <input type="checkbox"/> přijetí do budoucna (1 rok) 	<p>Péče rodiny</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rodina s péčí pomáhá <input type="checkbox"/> částečná péče – rodina, příbuzní žijí poblíž a pomáhají <input type="checkbox"/> rodina s péčí nemůže pomoci pro pracovní vytížení <input type="checkbox"/> rodina s péčí nemůže pomoci z důvodu špatného zdravotního stavu <input type="checkbox"/> rodina s péčí nemůže pomoci – nežijí v blízkosti
<p>Bytové podmínky</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nevyhovující bytové podmínky - bariéry <input type="checkbox"/> bydlí sám / sama <input type="checkbox"/> bydlí s partnerem, s rodinou 	<p>Sociální kontakty</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nemá návštěvy, s nikým se nestýká <input type="checkbox"/> nevyhledává kontakty <input type="checkbox"/> sám/a nikam nechodí, nikoho nenavštěvuje <input type="checkbox"/> navštěvuje ho - <input type="checkbox"/> sám/a navštěvuje
<p>Využívání sociálních služeb</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> osobní asistence <input type="checkbox"/> jiné 	<p>Osamělost ze strany rodiny, příbuzných</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> úplná osamělost - nemá rodinu, rodina nežije v okolí, nestýkají se <input type="checkbox"/> částečná – rodina, příbuzní žijí poblíž a navštěvují se <input type="checkbox"/> není osamělý, žijí společně
<p>Krizová situace</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> úmrtí, ztráta partnera nebo pečující osoby <input type="checkbox"/> závažné onemocnění v rodině <input type="checkbox"/> jiné 	<p>Zájmy a potřeby</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Podpis žadatele / zástupce

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Tento souhlas je udělován dle § 5 odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZOOÚ“), a s účinností od 25. 5. 2018 dle čl. 6 odst. 1 písm. a) Nařízení (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení GDPR“), a dále dle § 7 odst. 1 zákona č. 480/2004, o některých službách informační společnosti a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „zákon č. 480/2004 Sb.“).

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Doručovací adresa:

Kontaktní telefon: **Kontaktní email:**

Souhlas je dáván společnosti DfK Group a.s., se sídlem Riegrova 1756/51, České Budějovice 3, České Budějovice, 370 01, IČO: 28069234 a zřízeným společností nebo povinným subjektům (dále jen „Společnost“): DANSEN a.s., IČO: 28073037; CSS Emausy s.r.o., IČO: 26055287; Ledax o.p.s., IČO: 28068955; Ledax Vysoké Mýto o.p.s., IČO: 28117557; Ledax Ostrava o.p.s., IČO: 28131401; Ledax Vita z.ú., IČO: 03635759; KP Projekt s.r.o., IČO: 26064600; Nadační fond AVA, IČO: 05049997; Employment Service, a.s., IČO: 26098237; Jihočeská rozvojová o.p.s., IČO: 26077540; Kreativní agentura R51 s.r.o., IČO: 28137248; Telura a.s., IČO: 28113969.

Účely zpracování osobních údajů jsou (dále jen „Účely“): zpracování a podání žádosti o umístění vč. posouzení umístění do sociální služby, sociální šetření vč. záznamu z jednání, dále zpracování osobních údajů nad rámec zákonné povinnosti vč. poskytnutí těchto osobních dat třetím stranám, jakými jsou zejména: zpracovatelé osobních údajů, orgány státní správy a samosprávy, kontrolní orgány, dále zpracovávání osobních údajů pro účely uchovávání a archivace osobních údajů.

Jakmile pomínou Účely, pro které je souhlas s využitím osobních údajů udělen, budou shromážděné a zpracované údaje týkající se výše uvedených Účelů archivovány, nebo vymazány a skartovány dle archivačního a skartačního řádu a dle Směrnice pro ochranu osobních údajů DfK Group a.s.

Svým podpisem dávám souhlas/souhlasím s využitím výše uvedených osobních údajů pro Účely.

Dále svým podpisem potvrzuji, že jsem byl informován ve smyslu ustanovení §11 odst. 1 a 2 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, o tom, v jakém rozsahu a pro jaký účel budou osobní údaje zpracovány, kdo a jakým způsobem bude osobní údaje zpracovávat a komu mohou být osobní údaje zpřístupněny a jakým způsobem budou osobní údaje vymazány. Dále stvrzuji, že jsem byl informován o všech právech stanovených v ustanovení § 21 výše uvedeného zákona vč. práv plynoucích z nařízení EP General Data Protection Regulation č. 2016/679 vč. práva na odvolání poskytnutého souhlasu.

Potvrzuji, že jsem byl poučen o tom, že poskytnutí osobních údajů je dobrovolné.

Datum:

Podpis:

Převzal za Společnost: