ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOMOVĚ SENIORŮ HRANICE, p.o.

Jungmannova 1805, Hranice 753 01

poskytované služby: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem

Posláním Domova seniorů je prostřednictvím sociální služby zajistit podporu, pomoc a péči osobám, které z důvodu věku, zdravotního stavu a nepříznivé sociální situace potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby, a ani za pomocí rodiny, přátel a terénních sociálních služeb nezvládají život v domácnosti. Služba je určena osobám od 60 let.
Posláním Domova se zvláštním režimem je umožnit osobám s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence prožít důstojný a spokojený život ve vlídném, laskavém a bezpečném prostředí. Cílovou skupinu tvoří osoby, které pro trvalé změny psychického stavu a na základě odborného doporučení lékaře, potřebují komplexní péči druhé osoby. Služba je určena pro dospělé (od 27let) a seniory s těžkou formou demence vyžadující stálý dohled (ztráta orientace v prostoru a čase), osobám s degenerativním onemocněním mozku, převážně s Alzheimerovou chorobou.

Žadatel/ka

Jméno a příjmení: …… Datum narození: ……

Trvalé bydliště dle OP: ……..……..……..

Adresa pro doručování: …… kontakt:……..

Druh a výše důchodu (starobní, vdovský, vdovecký, invalidní): ……..

Příspěvek na péči (přiznaný stupeň, výše) : ……

<u>Zástupce žadatele určený soudem (opatrovník):</u>

Jméno a příjmení: ……

Adresa trvalého bydliště, tel: ……..

Rozhodnutí soudu v …… ze dne …….. č.j. ……...

Kontaktní osoby (manžel/ka, děti, vnuci, kamarád/ka,…) můžete uvést zde:

Jméno a příjmení - příbuzenský poměr Adresa trvalého bydliště, tel., mobil, e-mail

……..……

……..……..…

……

Prohlášení žadatele/žadatelky nebo jeho zákonného zástupce:
Prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že všechny mnou uvedené údaje v této žádosti jsou úplné a pravdivé.

Domov seniorů Hranice, příspěvková organizace, zpracovává osobní údaje v souladu s ustanovením zákona č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.
Povinnou přílohou této žádosti je Informovaný souhlas se zpracováním a shromažďováním osobních údajů určený pro žadatele o sociální službu a pro zástupce žadatele.

……..
podpis žadatele/ky *nebo jeho zákonného zástupce*

V …… dne: ……

Občanství ČR dle OP ověřil: ….…..……

NEPŘEHLÉDNĚTE!!!

- **Součástí žádosti musí být zdravotní zpráva**, která musí být vyplněna lékařem, v případě hospitalizace průběžná zpráva z nemocnice.
- Pokud má žadatel soudně ustanoveného opatrovníka, případně je omezen ve svéprávnosti, je třeba doložit Usnesení soudu o omezení svéprávnosti a Listinu o jmenovaní opatrovníka.
- **Žádost musí být vlastnoručně podepsána žadatelem**, který má být umístěn (nemůže podepsat rodinný příslušník), *pokud žadatel není schopen ze zdravotních důvodů podpisu, musí být toto doloženo potvrzením lékaře*. V případě jmenování opatrovníka podepisuje žádost opatrovník určený soudem.

V případě nejasností nás navštivte osobně nebo kontaktujte telefonicky či e-mailem.
telefon: 581 650 207, 581 650 239
mobil: 737 987 497, 778 971 025
e-mail:socialni@domovsenioruhranice.cz,
socialni1@domovsenioruhranice.cz, socialni2@domovsenioruhranice.cz
další kontakty viz. webové stránky: www.domovsenioruhranice.cz

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

Domov seniorů Hranice, příspěvková organizace, zpracovává osobní údaje v souladu s ustanovením zákona č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Já, níže podepsaný/á, **uděluji souhlas** příspěvkové organizaci Domov seniorů Hranice, se sídlem Jungmannova 1805, 753 01 Hranice, IČ 70876541, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 45, aby v souvislosti se zajištěním poskytování sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zpracovávala mé osobní a citlivé údaje uvedené v **Žádosti o poskytování pobytové sociální služby, v rozsahu:**

1. Jméno a příjmení, titul
2. Datum narození
3. Trvalé bydliště
4. Adresa pro doručování
5. Kontaktní telefon, e-mail
6. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu

Souhlas uděluji od doby podání žádosti do ukončení čerpání pobytové sociální služby zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto údaje pak budou uchovány dle platného Spisového a skartačního řádu příspěvkové organizace po dobu 10 let od ukončení sociální služby. Osobní a citlivé údaje zpracovávané za tímto účelem mohou být dále předávány pouze kontrolnímu orgánu.

Máte právo:

- Svůj souhlas kdykoliv odvolat písemným sdělením, předaným pověřenému zaměstnanci pro ochranu osobních údajů.
- Požadovat umožnění přístupu k Vašim osobním údajům.
- Požadovat po nás informaci, jaké Vaše osobní údaje zpracováváme.
- Požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů.
- Požadovat opravu nepřesných osobních a citlivých údajů (pokud se domníváte, že osobní a citlivé údaje zpracované u příspěvkové organizace Domov seniorů Hranice jsou nepřesné).
- Požadovat vymazání osobních údajů, popř. požadovat omezení jejich zpracování.
- V případě pochybností a dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo podat stížnost u dozorového orgánu.

Vaše požadavky budou vždy řádně posouzeny a vypořádány v souladu s příslušnými ustanoveními o zpracování osobních údajů.
Pověřeným zaměstnancem pro ochranu osobních údajů je v naší organizaci p. Hana Trnová (tel. 581 650 206, 770 156 237, podatelna@domovsenioruhranice.cz, adresa: Domov seniorů Hranice, p. o., Jungmannova 1805, 753 01 Hranice), na kterého se můžete obracet v případě uplatnění svých práv vůči příspěvkové organizaci.

Jméno a příjmení žadatele: ….……

Podpis žadatele: ……..……

V …….. .dne……

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ OSOBY POVĚŘENÉ K ZASTUPOVÁNÍ ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

Domov seniorů Hranice, příspěvková organizace, zpracovává osobní údaje v souladu s ustanovením zákona č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Já, níže podepsaný/á, **uděluji souhlas** příspěvkové organizaci Domov seniorů Hranice, se sídlem Jungmannova 1805, 753 01 Hranice, IČ 70876541, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 45, aby v souvislosti se zajištěním poskytování sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zpracovávala mé osobní a citlivé údaje, jelikož jsem pověřen k zastupování žadatele o službu:

Jméno a příjmení žadatele: ……..…… datum narození……..…….

Osobní údaje budou zpracovány v rozsahu:

1. Jméno a příjmení, titul
2. Adresa
3. Kontaktní telefon, e-mail

Souhlas uděluji od doby podání žádosti výše uvedeného žadatele o pobytovou sociální službu až do ukončení čerpání pobytové sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto údaje pak budou uchovány dle platného Spisového a skartačního řádu příspěvkové organizace po dobu 10 let od ukončení sociální služby. Osobní a citlivé údaje zpracovávané za tímto účelem mohou být dále předávány pouze kontrolnímu orgánu.

Máte právo:

- Svůj souhlas kdykoliv odvolat písemným sdělením, předaným pověřenému zaměstnanci pro ochranu osobních údajů.
- Požadovat umožnění přístupu k Vašim osobním údajům.
- Požadovat po nás informaci, jaké Vaše osobní údaje zpracováváme.
- Požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů.
- Požadovat opravu nepřesných osobních a citlivých údajů (pokud se domníváte, že osobní a citlivé údaje zpracované u příspěvkové organizace Domov seniorů Hranice jsou nepřesné).
- Požadovat vymazání osobních údajů, popř. požadovat omezení jejich zpracování.
- V případě pochybností a dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo podat stížnost u dozorového orgánu.

Vaše požadavky budou vždy řádně posouzeny a vypořádány v souladu s příslušnými ustanoveními o zpracování osobních údajů.
Pověřeným zaměstnancem pro ochranu osobních údajů je v naší organizaci p. Hana Trnová (tel. 581 650 206, 770 156 237, podatelna@domovsenioruhranice.cz, adresa: Domov seniorů Hranice, p. o., Jungmannova 1805, 753 01 Hranice), na kterého se můžete obracet v případě uplatnění svých práv vůči příspěvkové organizaci.

Jméno a příjmení zástupce žadatele ……..……

Podpis zástupce žadatele: ……..……..

V ……..... dne ……

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova seniorů Hranice, p.o.
(Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem)

Posláním Domova seniorů je prostřednictvím sociální služby zajistit podporu, pomoc a péči osobám, které z důvodu věku, zdravotního stavu a nepříznivé sociální situace potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby, a ani za pomocí rodiny, přátel a terénních sociálních služeb nezvládají život v domácnosti. Služba je určena osobám od 60 let.

Posláním Domova se zvláštním režimem je umožnit osobám s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence prožít důstojný a spokojený život ve vlídném, laskavém a bezpečném prostředí. Cílovou skupinu tvoří osoby, které pro trvalé změny psychického stavu a na základě odborného doporučení lékaře, potřebují komplexní péči druhé osoby. Služba je určena pro dospělé (od 27let) a seniory s těžkou formou demence vyžadující stálý dohled (ztráta orientace v prostoru a čase), osobám s degenerativním onemocněním mozku, převážně s Alzheimerovou chorobou.

1. **Žadatel/ka**

Příjmení a jméno: ……Datum narození: ……..

Bydliště: ……

2. **Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

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

Vyžaduje zdravotní stav výše uvedené osoby poskytování nepřetržité péče ve zdravotnickém zařízení? ANO NE*)

Trpí výše uvedená osoba infekční nebo parazitární nemocí, pro niž není schopna pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb? ANO NE*)

Trpí výše uvedená osoba závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách? Prosíme specifikujte. ANO NE*)

4. **Duševní stav žadatele**:

Vyskytují se u výše uvedené osoby projevy narušující kolektivní soužití? ANO NE*)

Jaké projevy?

Trpí výše uvedená osoba Alzheimerovou demencí? ANO NE*)

V jakém stádiu?

5. **Diagnóza** (česky) a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

6. Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE*)

Je upoután trvale – převážně *) na lůžko ANO NE*)

Je schopen sám sebe obsloužit ANO NE*)

Pomočuje se trvale ANO NE*)

občas ANO NE*)

v noci ANO NE*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *) ANO NE*)

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

7. **Jiné údaje**: Výše uvedená osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

Je schopna podpisu ANO NE*)

Je schopna samostatně jednat ANO NE*)

Dne ……..

…… ……..

jmenovka a podpis lékaře otisk razítka

8. Vyjádření lékaře Domova seniorů Hranice o vhodnosti (vyloučení) poskytování pobytových služeb.

V Hranicích dne …… ….....

podpis lékaře Domova seniorů Hranice

*) *nehodící se škrtněte*

Plná moc

k zastupování žadatele o poskytování sociální služby v Domově seniorů Hranice
(dle § 436 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů)

Já, níže podepsaný/á: ……..

narozen/a:……

trvale bytem: ……...

rodné číslo: ……

uděluji plnou moc

panu/paní: ……..….

narozen/a: ……..….

trvale bytem: ……...

rodné číslo: …….....

telefonní číslo, e-mail:……

k tomu, aby mne zastupoval/a ve věci vyřízení žádosti o poskytování sociálních služeb dle § 49, § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V …….. dne ……. …….....
podpis zastoupeného

Tuto plnou moc přijímám.

V ……... dne ……. ……
podpis zástupce

Poznámky:
Zástupce v řízení vystupuje jménem zastoupeného.
Z úkonů zástupce vznikají práva a povinnosti přímo zastoupenému.
Písemnosti se doručují pouze zástupci, s výjimkou případů, kdy má zastoupený něco v řízení osobně vykonat.