

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

(§ 50 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění)

Cílová skupina:

Senioři ve věku od 65 let s Alzheimerovou nemocí

nebo s vaskulární demencí (cévní demence)

s lehkým až středně těžkým stupněm

místo pro podací razítko

Zájemce o poskytnutí sociální služby

Jméno, příjmení: Titul:

Rodné příjmení: Datum narození:

Bydliště: PSČ:

Další kontakty na Vás (telefon, email):

Adresa pro korespondenci (pokud se liší od adresy Vašeho bydliště):

Zástupce zájemce (opatrovník):

Jméno, příjmení, titul:

Adresa:

Tel./email:

Kontaktní osoba:

Jméno a příjmení:

Příbuzenský vztah: tel./email:

Adresa:

Popište prosím svou situaci, proč potřebujete využívat sociální službu (hospitalizace, osamělost nebo jiné důvody):

Prosíme Vás, uveďte naléhavost Vaší situace:

- O Vaši službu se zajímám výhledově, aktuálně ji nepotřebuji.
- Vaši sociální službu mám zájem a potřebuji ji začít využívat v období následujícího půl roku
- Vaši službu potřebuji využívat ihned, moje situace je naléhavá (např. z důvodu hospitalizace, krizové situace apod.)

V případě, že máte zájem o naši službu co nejdříve, prosíme o vyplnění dotazníku, který je přílohou žádosti.

Další sdělení (např: upřesněte prosím, od kdy budete službu přibližně potřebovat)

.....
.....
.....
.....

Beru na vědomí, že v případě potřeby mohu být vyzván/a Domovem pro seniory Kobylice k doplnění podkladů týkajících se vyjádření odborných lékařů-specialistů.

Souhlas k podání informací

Dávám souhlas k podávání informací týkajících se vyřizování žádosti o poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Kobylice, Mirovická 1027/19, 182 00 Praha 8 panu, paní:

Jméno, příjmení, titul:

Prohlášení Domova pro seniory Kobylysy

Domov prohlašuje, že ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady /EU) č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném ohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů; dále jen „Nařízení“), osobní údaje žadatelů shromažďuje a zpracovává zejména pro účely činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a že jsou řádně zabezpečeny.

Informace o dalším postupu

Zaevidování žádosti

Po obdržení Vaší žádosti ji sociální pracovnice zaeviduje do evidence žádostí. V případě potřeby Vás sociální pracovnice vyzve k doplnění dalších informací. O zaevidování žádosti budete informován/a sociální pracovníci nejpozději do 30 dní od přijetí žádosti.

Posouzení žádosti

Každou žádost posuzujeme individuálně s ohledem na nepříznivou sociální situaci zájemce (např. potřeba péče, bytová situace, osamělost, zdravotní stav a věk žadatele). Sociální pracovnice Vás zároveň s informací o zaevidování bude informovat o dalším postupu.

V dne

Podpis zájemce o službu

DOTAZNÍK PRO ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU – domov se zvláštním režimem

Vážení zájemci o sociální službu,

prosíme Vás o vyplnění našeho dotazníku. Po jeho vyplnění získáme důležité informace o Vaší situaci, které nám slouží k posouzení Vaší žádosti.

Jméno a příjmení zájemce: **titul:**

V SOUČASNÉ DOBĚ MI POSKYTUJE PÉČI:

v domácím prostředí:

- moje rodina, příbuzní
- využívám pečovatelskou službu
- jsem osamělý bez pomoci a podpory

v zdravotnickém zařízení (uveďte prosím název a místo zařízení)

- LDN** -
- nemocnice** -

v jiném zařízení (uveďte prosím název a místo zařízení)

- jiný domov pro seniory**
- odlehčovací služba**
- jiné (např. denní stacionář apod.)**.....

MOBILITA (jak zvládáte pohyb?)

- Pohybují se samostatně, bez pomoci.
- Pohybují se samostatně s využitím kompenzační pomůcky.
Uveďte prosím, o jakou pomůcku se jedná:
 hůlka chodítko invalidní vozík jiné:.....
- Zvládnou se pohybovat jen v rámci lůžka.
- Jsem zcela odkázán/á na pomoc jiné osoby

VAŠE BYDLIŠTĚ (vztah k hl. městu Praha)

- Jsem obyvatel Prahy 8
- Jsem obyvatel jiné části hl. města Prahy
- Bydlím mimo Prahu, ale mám vztah k hl. městu Praha (bydlí tam moje rodina, sám jsem tam žil/a, než jsme se přestěhoval/a apod.)
- V Praze nežiji a nemám na ní žádné vazby

BARIÉRY (je Vaše bydlení přizpůsobeno Vaším potřebám?)

- V místě, kde bydlím nejsou žádné bariéry.
- V místě, kde bydlím jsou mírné bariéry, sebeobsluhu zvládám s obtížemi.
- V místě, kde bydlím jsou velké bariéry a je to pro mě nevyhovující.

OSOBNÍ HYGIENA *(jak zvládáte osobní hygienu?)*

- Osobní hygienu zvládám samostatně
- Osobní hygienu zvládám s pomocí jiné osoby
- Osobní hygienu nezvládám.
- Používáte inkontinenční pomůcky (*speciální podložky, vložky, kalhotky, pleny*)?

.....

ZRAK A SLUCH *(Jak vidíte, slyšíte, jak se dorozumíte s okolím?)*

- Vidím a slyším bez obtíží
- Slyším s obtížemi
- Vidím s obtížemi

Jakým způsobem komunikujete (potřeba mluvit hlasitěji, odezírání z rtů, použití kompenzační pomůcky):

.....

ORIENTACE

(Vaše schopnost pamatovat si, plánovat, komunikovat a vyjadřovat se v běžných situacích?)

- Zvládám
- Zvládám s pomocí jiné osoby
- Nezvládám a jsem zcela odkázán/á na pomoc jiné osoby

Příspěvek na péči

(Zde můžete uvést, jestli pobíráte příspěvek na péči. Vaše sdělení je dobrovolné a je určeno jen pro účely zhodnocení žádosti)

- Probíhá řízení
- Pobírám I. Stupeň II. Stupeň III. Stupeň IV. Stupeň



Další důležité informace, které pokládáte za nezbytné uvést:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V

dne



SOUHLAS S PŘEDÁVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Udělený v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady /EU) č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice č. 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů; dále jen „Nařízení“)

Správce osobních údajů:

Domov pro seniory Kobyličky se sídlem Mirovická 1027/19, Praha 8, 182 00

IČ 70872996

kontaktní telefon: 284 001 711

kontaktní email: gdpr@ddkobylicy.cz

(dále jen „Správce“)

Subjekt osobních údajů (zájemce o sociální službu)

Jméno a Příjmení žadatele:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

(dále jen „Subjekt“)

Zákonný zástupce subjektu / Opatrovník

Jméno a Příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

(dále jen „Zákonný zástupce“)

Souhlasím s předáním informací týkajících se mého zdravotního stavu a o dalších důležitých informacích týkajících se mé osoby následujícím osobám:

....., datum narození, telefonní číslo, další kontakt

....., datum narození, telefonní číslo, další kontakt

....., datum narození, telefonní číslo, další kontakt

....., datum narození, telefonní číslo, další kontakt

Vyplňte pouze v případě, že je subjekt zastoupen zákonným zástupcem či opatrovníkem. Máte právo tento souhlas kdykoli odvolat, a to stejným či obdobným způsobem, jakým jste jej udělil (osobní návštěvou Správce, případně odesláním poštou na adresu Správce – v takovém případě však musí být odvolání opatřeno ověřeným podpisem).

Berte, prosím, na vědomí, že odvolání souhlasu nemá zpětné účinky, tedy že zpracování, které proběhlo do doby přijetí řádného odvolání souhlasu, je zákonné. Subjekt prohlašuje, že byl těsně před udělením tohoto souhlasu informován o všech skutečnostech týkajících se zpracování jeho osobních údajů a že byl ze strany Správce dotázán, zda zpracování rozumí, na což odpověděl kladně.



Máte právo tento souhlas kdykoli odvolat, a to stejným či obdobným způsobem, jakým jste jej udělil (osobní návštěvou Správce, případně odesláním poštou na adresu Správce – v takovém případě však musí být odvolání opatřeno ověřeným podpisem). Berte, prosím, na vědomí, že odvolání souhlasu nemá zpětné účinky, tedy že zpracování, které proběhlo do doby přijetí řádného odvolání souhlasu, je zákonné. Subjekt prohlašuje, že byl těsně před udělením tohoto souhlasu informován o všech skutečnostech týkajících se zpracování jeho osobních údajů a že byl ze strany Správce dotázán, zda zpracování rozumí, na což odpověděl kladně.

V

dne

.....

Subjekt údajů - podpis