Příloha č. 1 – Standardu č. 3 – Jednání se zájemcem o službu

**Žádost o poskytnutí sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením**

Zájemce: …………………………………………………………………………………………

jméno a příjmení

Narozen: ……………………………………………………………………………………………

den, měsíc, rok

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………

Současné bydliště: ……………………………………………………………………………………………

(pokud se neshoduje s adresou trvalého bydliště)

Zájemce o službu je: (prosím, zaškrtněte)

* svéprávný
* omezený ve svéprávnosti

Opatrovník: (případně kontaktní osoba – pokud probíhá řízení ve věci omezení svéprávnosti)

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………

Adresa: …………………………………………………………………………………………

tel., e-mail: …………………………………………………………………………………………

Druh důchodu: ……………………………………………………………………………………………

starobní, invalidní (I., II., III. stupeň)

Příspěvek na péči: (prosím, zaškrtněte)

* nepřiznán
* v řízení
* přiznán, pokud ano uveďte prosím stupeň ……………………

Proč žádáte o umístění v domově ze zdravotním postižením? (co se ve Vašem životě změnilo, že nemůžete žít nadále v místě Vašeho současného bydliště)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Využíval/a jste někdy jinou sociální službu? (např. pečovatelská služba, zařízení sociálních služeb)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V souladu s platnými zákony České republiky, zejména v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, dále pak v souladu s platnými zákony Evropského parlamentu a Rady (EU), zejména v souladu s nařízením 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) – tzv. GDPR, uděluji svým podpisem souhlas s evidencí a zpracováním osobních údajů.

Dále prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Datum: Podpis žadatele:

Podpis opatrovníka:

Příloha: Vyjádření lékaře

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

Zájemce:

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Adresa: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |
| Stupeň mentálního postižení: | |
| Další zdravotní obtíže (např. alergie): | |
| Potřebuje trvalou lékařskou péči (přítomnost lékaře v DOZP)?  (prosím, zaškrtněte):  ANO NE  Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.:  …………………………………… ……………………………… ……………………………………  dne razítko podpis lékaře | |