**Žádost o umístění v Charitním domově Otrokovice**

**- Domov pro seniory (DpS) -**

|  |
| --- |
| **Žadatel:**Jméno a příjmení: ………………………………………………..……………………………………….…….……….……Adresa trvalého bydliště: ……………………………………………………………………………………..…...……….Datum narození: ……………………………………………………………………………………………..…..……………. Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………  |
| **Kontaktní osoba:**Jméno a příjmení: ……………………………….……..……………………………………………………….……………..Kontaktní adresa: …………………………………………………………………………………….…………………………Telefon: ……………………………………..……………e-mail: ……………………………….………………………….…Vztah k žadateli:…………………………………………..……………………………………………………………………..Podpis kontaktní osoby: ………………………………………………………………………..……………………………  |
| **Chtěl/a bych pokoj:**  [ ]  jednolůžkový [ ]  dvoulůžkový [ ]  manželský  |
| **Příspěvek na péči:**  [ ]  ano, mám [ ]  ne, nemám [ ]  vyřizuje se  |
| **Proč potřebujete využívat službu našeho domova? Jaké jsou Vaše očekávání, potřeby?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Žadatel o sociální službu Charitní domov – domov pro seniory je zastoupen:**(správný výběr zakřížkujte)  [ ]  opatrovníkem [ ]  na základě plné moci |
| **Prohlášení žadatele (příp. zmocněnce nebo opatrovníka):**Souhlasím s tím, aby Charita Otrokovice adresa Na Uličce 1617 Otrokovice, IČO: 46276262 zpracovávala tyto mnou poskytnuté osobní údaje pro potřeby spojené s evidencí mé Žádosti o umístění ve službě Charitní domov - domov pro seniory (dále jen CHD DpS) a prohlašuji, že veškeré údaje v Žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Souhlasí s tím, že určení pracovníci poskytovatele mají právo seznámit se s jeho/jejím zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti. Osobní údaje poskytnuté v této Žádosti jsou zpracovány v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nařízením EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů. Tyto údaje jsou poskytnuty za účelem zpracování a vedení mé Žádosti, v písemné i elektronické podobě jsou uloženy v kanceláři sociální pracovnice CHD DpS. Jako kontaktní osoba žadatele o službu také beru na vědomí, že souhlasím se zpracováním svých osobních údajů uvedených u v Žádosti u Kontaktní osoby pro potřeby kontaktování ze strany pracovníků služby CHD DpS.Jako žadatel o sociální službu potvrzuji tímto seznámení se s **Informací o zpracování osobních údajů žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb pro účel zpracování „Evidence žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb ve webové aplikaci KISSoS sloužící k plánování sociálních služeb na území Zlínského kraje“.****Žadatel/ka, zmocněnec, opatrovník bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytnutí pobytové sociální služby neprodleně sdělí sociální pracovnici služby.** |
| Přílohou Žádosti o umístění v Charitním domově Otrokovice – domov pro seniory je Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele. |
|  V ………………….……….. dne …………………... …...…………………………………………………….. podpis žadatele (zmocněnce, opatrovníka) |
| **Žádost o umístění v Charitním domově Otrokovice - domově pro seniory byla přijata:**…………………………………………………… ………………………………………………………………..  dne podpis odpovědného pracovníka |

Příloha k Žádosti o umístění v Charitním domově Otrokovice - DpS

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení žadatele**: ….………………..……………………………………………………………………. **Datum narození**: ……………………..…………………………………………………………………………………..**Trvale bytem**: ………………………………………………………………………………...PSČ…………………….. |
| **Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní) |
| **Objektivní nález** (status praesons generalis, v případě orgánového postižení i status localis) |
| **Duševní stav** (projevy psychopatické poruchy, popř. projevy narušující kolektivní soužití) |
| **Diagnóza** (statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)* hlavní
* ostatní choroby nebo chorobné stavy
 |
| **Zakřížkujte** [x]  **pokud platí*** žadatel je:

[ ]  schopen chůze bez cizí pomoci[ ]  schopen chůze s pomocí berlí či jiné pomůcky[ ]  převážně upoután na lůžko[ ]  trvale upoután na lůžko[ ]  schopen sám sebe obsloužit [ ]  používá pomůcky pro inkontinenci* žadatel je pod dohledem specializovaného oddělení:

[ ]  plicního[ ]  neurologického[ ]  ortopedického, chirurgického[ ]  interního[ ]  protialkoholního[ ]  poradny diabetické[ ]  psychiatrického[ ]  jiné ………………………………….……………………………………………………………………………**Zakřížkujte** [x]  **pokud platí:*** žadatel má diagnostikovánu demenci (např. Alzheimerova demence)

[ ]  ANO [ ]  NE  * žadatel je aktuálně závislý na alkoholu či návykových látkách

[ ]  ANO [ ]  NE * žadatel potřebuje zvláštní péči – jakou:

………………………………. ……….……………………………………….………………. dne razítko a podpis ošetřujícího lékaře |
| Údaje o zdravotním stavu jsou zpracovávány na základě § 91 odst. (4) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a slouží výhradně pro posouzení toho, zda žadatel spadá do cílové skupiny služby. |

**Vyjádření lékaře při podání žádosti do zařízení nesmí být starší 2 měsíců!**