**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**  **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**  **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!**