

Číslo žádosti:

Ze dne:

potvrzení o žádosti vydáno ne

Žádost o poskytování sociální služby – odlehčovací služba ambulantní Ambulantní odlehčovací služba Strání

Jméno a příjmení žadatele/ky:		Datum narození:	
Adresa (trvalá / aktuální)			
Telefon žadatele/ky		Státní občanství:	

Příspěvek na péči*:	<input type="checkbox"/> Není	<input type="checkbox"/> Je v řízení	<input checked="" type="checkbox"/> Je přiznán	ve stupni	I	II	III	IV
---------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--	-----------	---	----	-----	----

*Nepovinný údaj pro statistiku

Pokud je žadateli ustanoven zákonný zástupce (opatrovník), uveďte:

Jméno a příjmení	Telefon	E-mail	Podpis**

O průběhu vyřizování žádosti informujte také tyto mé blízké:

Jméno a příjmení	Příbuzenský vztah	Telefon	E-mail	Podpis**

** Podpisem souhlasím se zpracováním a uchováváním osobních údajů v rozsahu a za účelem uvedeným dále.

Prohlášení žadatele: Svým podpisem výslovně souhlasím se zpracováním a uchováváním osobních údajů uvedených v této žádosti, v rozsahu a za účelem uvedeným dále. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Místo a den podpisu žádosti		Podpis žadatele (opatrovníka)	
--------------------------------	--	----------------------------------	--

Účel zpracování osobních údajů. Poskytnuté údaje zpracovává Charita Uherský Brod jako správce, 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 (dále jen „GDPR“) za účelem další komunikace se žadatelem, a to po dobu platnosti této žádosti.

Při případném uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby se tato žádost stává součástí dokumentace poskytování služby a je s ní zacházeno tak, jak je ve smlouvě uvedeno. Práva, související se zpracováním osobních údajů, naleznete na webových stránkách správce v sekci GDPR.

Koordinátorka GDPR — v případě jakýchkoli přání nebo dotazů nás můžete kontaktovat poštou na adrese **Mariánské nám. 13, 688 01 Uherský Brod**, nebo prostřednictvím e-mailu na adrese gdpr@uhbrod.charita.cz.

Číslo žádosti:

Ze dne:

potvrzení o žádosti vydáno ne

Stručné zdůvodnění žádosti (z jakého důvodu potřebujete naši službu):

Informace k Vaší žádosti

Vyplněnou žádost můžete přinést na výše uvedenou službu nebo je možné ji také zaslat poštou nebo naskenovanou na e-mail vedoucí služby nebo sociální pracovnice.

Sociální pracovnice Vás bude kontaktovat na uvedeném telefonním čísle, abyste si společně domluvili termín osobní schůzky tzv. Mapování sociální situace tj. sociálního šetření, kdy se zjišťuje sociální situace žadatele a nastavuje se způsob a průběh poskytování odlehčovací služby. Jednání se může zúčastnit mimo žadatele (a příp. jeho zákonného zástupce) i jakákoliv osoba dle přání žadatele.

K **Žádosti** se dokládá Vyjádření lékaře (viz.níže).

Pokud Vaši situaci vyřešíte jinak, žádost chcete zrušit nebo se změni okolnosti (stav žadatele), informujte nás, prosím (osobně, mailem, telefonicky). Kontakt na službu naleznete níže, na webu, v letáčích nebo ve výroční zprávě.

Kontakty:

Vedoucí služby: Bc. Miroslava Havlíková, DiS. telefon: +420 776 080 273,
e-mail: miroslava.havlikova@uhbrod.charita.cz, provozní doba: po - pá 8:00 - 14:00 hod.

Sociální pracovník: Silvie Kazíková, DiS. telefon: +420 603 406 539,
e-mail: silvie.kazikova@uhbrod.charita.cz, provozní doba: po – pá 7:00 - 14:00 hod.

Záznamy	Stav žádosti	Vyřízena kladně	Odmítnutí žádosti	Žádost zrušena
služby	Způsob/důvod			
o stavu	Datum			
žádosti	Podpis pracovníka			

Číslo žádosti:

Ze dne:

potvrzení o žádosti vydáno ne

Vyjádření lékaře

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
prosíme Vás o Vaše vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele. Protože jsme zařízení, které poskytuje sociální služby, zajímá nás spíše než lékařský pohled na pacienta, sociální charakteristika člověka. Naše zařízení není uzavřené, klienti jej mohou volně opouštět, proto Vás prosíme o zvážení, zda je vhodné umístění v našem Domě s pečovatelskou službou, kde poskytujeme ambulantní odlehčovací službu – z hlediska bezpečnosti při samostatném, neohlášeném opuštění DPS, vzhledem k míře schopnosti orientace žadatele. Důležité je pro nás také to, zda žadatel nemá takové projevy chování, které by výrazně narušovaly soužití v kolektivu seniorů a lidí s chronickým onemocněním, kteří pobývají v našem DPS.
Děkujeme Vám za ochotu.

Jméno a příjmení žadatele:

Nar.:

Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy apod.):

Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující soužití v kolektivu apod.):

Dohled specializovaného oddělení, lékaře (např. psychiatrie, plicní, diabetologie aj.):

Je žadatel/žadatelka orientovaný/á?	ano	částečně		ne
Je žadatel/žadatelka schopen/a chůze?	ano	částečně	ne	
Jaké kompenzační pomůcky žadatel používá?	hole	chodítko	invalidní vozík	jiné:
Sluch	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyšící
Zrak	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
Má žadatel/žadatelka potíže v komunikaci?	ano, jaké?		ne	
Strava	dieta, jaká?		normální	
Je schopen/a sebeobsluhy (jídlo, pití)?	ano		ne	
Je žadatel/žadatelka inkontinentní?	ano	občas	v noci	ne
Nařízení karantény	ano, důvod?		ne	

Z výše uvedených důvodů pobyt na Ambulantní odlehčovací službě v Domě s pečovatelskou službou ve Strání

DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI*

Datum:

Razítko a podpis lékaře: