

Žádost o zavedení pečovatelské služby Janáčkova 1003 563 01 Lanškroun		Den přijetí žádosti (vyplní pracovník):												
1. Žadatel: příjmení jméno titul														
2. Narozen (den, měsíc, rok):		Telefonní spojení:												
3. Trvalé bydliště: ulice a číslo popisné obec PSČ														
4. Současné místo pobytu, pokud je odlišné od trvalého bydliště (např. rodina, LDN):														
5. Je žadatel někým zastupován (dále jen Zástupce)? Kým a na základě čeho, např. plná moc, rozhodnutí soudu, předběžné prohlášení atd.? (Pokud není, nevyplňujte): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jméno a příjmení:</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 45%;">Adresa trvalého pobytu</td> </tr> <tr> <td>Forma zastupování:</td> <td></td> <td>Ulice a číslo popisné:</td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td></td> <td>Obec: PSČ:</td> </tr> <tr> <td>E-mail:</td> <td></td> <td>Podpis:</td> </tr> </table>			Jméno a příjmení:		Adresa trvalého pobytu	Forma zastupování:		Ulice a číslo popisné:	Telefon:		Obec: PSČ:	E-mail:		Podpis:
Jméno a příjmení:		Adresa trvalého pobytu												
Forma zastupování:		Ulice a číslo popisné:												
Telefon:		Obec: PSČ:												
E-mail:		Podpis:												
6. Pečovatelskou službu požaduji zahájit od:														
7. Jsme rodina, kde se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí. * ☐ ANO ☐ NE														
8. Jsem účastník odboje (držitel osvědčení dle zákona č. 255/1946 Sb.)? * ☐ ANO ☐ NE														
9. Jsem účastník rehabilitace (dle zákona č. 119/1990 Sb. nebo zákona č. 82/1968 Sb.)? * ☐ ANO ☐ NE														
10. Jsem osoba, která byla zařazena v táboře nucených prací (§17 zákona č. 87/1991 Sb.)? * ☐ ANO ☐ NE														
11. Jsem pozůstalým manželem/kou po osobách uvedených v bodě 7 až 9 starším 70let. * ☐ ANO ☐ NE														

12. Stručný popis aktuální situace a Váš důvod podání žádosti o Pečovatelskou službu (např. zhoršení zdravotního stavu, stav po úrazu, zhoršení chůze, nedostatečná dostupnost pomáhající osoby, ...):

.....

.....

.....

13. S čím bychom Vám mohli pomoci a jak často?

Požadovaný úkon*	Jak často požadujete pomoc s daným úkonem (např. 1x týdně, denně, 3xdenně, pondělí-pátek)
☐ Pomoc s osobní hygienou (sprcha/koupel)	
☐ Pomoc s přípravou jídla a pití	
☐ Pomoc s podáním jídla a pití přímo do úst	
☐ Nákupy a pochůzky	
☐ Praní a žehlení prádla	
☐ Dohled	
☐ Pomoc s použitím WC, výměna inkontinentních pomůcek	
☐ Pomoc při vyřizování běžných záležitostí (jednání s úřady a dalšími institucemi a službami)	
☐ Doprovody k lékaři, na úřady a instituce poskytující veřejné služby	
☐ Pomoc s přesuny z lůžka a při pohybu ve vnitřním prostoru	
☐ Jiné. Prosím uveďte:	
.....	
.....	

14. Kontakty na osoby, které vaši situaci pomáhají řešit:

Jméno a příjmení:		<u>Adresa trvalého pobytu</u>
Vztah:		Ulice a číslo popisné:
Telefon:		Obec: PSČ:
E-mail:		Podpis:

Jméno a příjmení:		<u>Adresa trvalého pobytu</u>
Vztah:		Ulice a číslo popisné:
Telefon:		Obec: PSČ:
E-mail:		Podpis:

15. Prohlášení žadatele (zástupce) a informace o zpracovávání osobních údajů:

- Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a aktuálně. O změnách rozhodných pro vedení mé žádosti bezodkladně informuji sociální pracovníci Sociálních služeb Lanškroun.
- Prohlašuji, že jsem uvedené kontaktní osoby informoval o předání jejich osobních údajů poskytovateli za účelem řešení mé situace.
- Beru na vědomí, že Sociální služby Lanškroun zpracovávají mé osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto údaje jsou zpracovávány v nezbytném rozsahu za účelem posouzení mé žádosti a následného poskytování sociální služby. Bližší informace o zpracování a mých právech jsou k dispozici na webových stránkách poskytovatele:
www.soslla.cz/o-nas/ochrana-osobnich-udaju.

.....
vlastnoruční podpis žadatele
nebo jeho zástupce

Přílohami žádosti jsou:

- je-li jmenován zástupce, je nutné doložit plnou moc, listinu o ustanovení opatrovníka, předběžné prohlášení apod.
- Doklady k bodům 7 – 11 této žádosti, pokud jste odpověděli ANO.

Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice Pečovatelské služby Lanškroun šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našich služeb pro Vás.

Kontaktní telefon Pečovatelské služby Lanškroun: 465 503 022, 777 456 551

** Zvolenou variantu označte křížkem*