|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žádost o umístění do** | Sociální služby | Den přijetí žádosti (vyplní pracovník): |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Domova pro seniory** **Domova se zvláštním režimem**

|  |
| --- |
|  |

**Odlehčovací služby - pobytové** Termín: od……………..do…………..  *(předem dohodnutý se sociální pracovnicí)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | jednolůžkový pokoj |
|  | dvoulůžkový pokojje mi jedno, na jakém pokoji budu |
|  |
|  | ubytování s konkrétní osobou: |
|  …………………………………….… *(jméno osoby)* |

 |
| **Janáčkova 1003****563 01 Lanškroun** | Úřední záznam (vyplní pracovník): |
| **1. Žadatel:** ……………………………….……………………………………………………………………... příjmení jméno (křestní)  |
| **2. Narozen:** ……………………………………...………………………………………………………………. den, měsíc, rok  |
| **3. Trvalé bydliště:** …….………………..………………………………………………………………………….…… PSČ |
| **4. Současné místo pobytu, pokud je odlišné od trvalého bydliště (např. LDN…apod.):**…….……………………………………………………………………….……………………….. PSČ |
| **5. Váš důvod podání žádosti**Proč žádáte o naši sociální službu? ....................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………S čím bychom Vám mohli pomoci? ...................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Jak byl Váš problém řešen doposud a proč už je současné řešení nedostačující? ………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Kontakty na Vaše příbuzné či blízké osoby: manžel (ka), děti a ostatní:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | Vztah: | Přesná adresa: | Telefon: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **7. Pokud jste příjemci příspěvku na péči, uveďte stupeň závislosti:** I. II. III. IV. Zažádáno, kdy:…………………. |
| **8. Odebíráte úkony pečovatelské služby nebo jinou výpomoc (např. charita, osobní asistence, sociální lůžka, rozvoz obědů apod.): ANO NE**  |
| **9. Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:** ………………….………………..………………………………………………………….............. |
| **10. Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel (ka) zbaven (a) způsobilosti k právním úkonům:**…………………………………………………………………………………………… |
| **11. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů:*** Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. propuštění ze zařízení. Zároveň se zavazuji nejpozději do 8 dnů informovat Sociální služby Lanškroun o změnách rozhodných pro vedení mé žádosti.

  …………………………………………………….  vlastnoruční podpis žadatele  nebo jeho zákonného zástupce |

**Kontaktní telefon: 465 503 006, 739 455 274**

**Přílohami žádosti jsou:**

* vyjádření lékaře o umístění do Domova pro seniory/Domova se zvláštním režimem,
* je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům – rozsudek soudu o zbavení způsobilosti a listina o ustanovení opatrovníkem,
* zhodnocení nepříznivé sociální situace,
* informace o zpracovávání osobních údajů,
* souhlas se zpracováním osobních údajů kontaktní osoby.

**Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho zařízení pro Vás.**

**Zhodnocení nepříznivé situace z pohledu žadatele**

**Jméno a příjmení žadatele:…………………………………....……………………………….**

***Zaškrtávají se pouze ty úkony, které žadatel již nezvládá a potřebuje s nimi pomoci.***

**1. mobilita - Osoba není schopna:**

* vstávání a usedání,
* stoj,
* zaujímat a měnit polohy,
* pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami v bytě a běžném terénu, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
* otevírat a zavírat dveře,
* chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
* nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových a používat je.

**2. ORIENTACE - Osoba není schopna:**

* poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
* mít přiměřené duševní kompetence,
* orientovat se osobou, časem a místem,
* orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
* orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

**3. KOMUNIKACE - Osoba není schopna:**

* vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
* chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
* vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
* porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
* používat běžné komunikační prostředky.

**4. STRAVOVÁNÍ - Osoba není schopna:**

* vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
* nápoj nalít,
* rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
* najíst se a napít,
* dodržovat stanovený dietní režim,
* konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
* přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

**5. OBLÉKÁNÍ A OBOUVÁNÍ - Osoba není schopna:**

* vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
* rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
* oblékat se a obouvat se,
* svlékat se a zouvat se,
* manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

**6. TĚLESNÁ HYGIENA - Osoba není schopna:**

* používat hygienické zařízení,
* dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
* provádět celkovou hygienu,
* česat se,
* provádět ústní hygienu,
* holit se.

**7. VÝKON FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY - Osoba není schopna:**

* včas používat WC,
* zaujmout vhodnou polohu,
* vyprázdnit se,
* provést očistu,
* používat hygienické pomůcky.

**8. PÉČE O ZDRAVÍ - Osoba není schopna:**

* dodržovat stanovený léčebný režim,
* provádět stanovené preventivní léčebné a léčebně rehabilitační a ošetřovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
* rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

**9. OSOBNÍ AKTIVITY - Osoba není schopna**:

* navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
* plánovat a uspořádat osobní aktivity,
* styku se společenským prostředím,
* stanovit si a dodržet denní program,
* vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity,
* vyřizovat své záležitosti.

**10. PÉČE O DOMÁCNOST - Osoba není schopna:**

* nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
* manipulovat s předměty denní potřeby,
* obstarat si běžný nákup,
* ovládat běžné domácí spotřebiče,
* uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
* vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
* obsluhovat topení a udržovat pořádek.

**Dne:.........................**

 **…………………………………………….**

 **podpis žadatele či jeho zákonného zástupce**

****

**Informace o zpracovávání osobních údajů**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |
| Zástupce (např. opatrovník, zplnomocněnec) |  |

**žadatel** o umístění do zařízení poskytovatele sociálních služeb: Sociální služby Lanškroun, Janáčkova 1003, 563 01 Lanškroun,nebo jeho zástupce, podpisem tohoto dokumentu **bere na vědomí,** že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb **dochází ke** **zpracování jeho osobních údajů**, které v žádosti uvedl, a tov rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

**Zákonnost zpracování**

Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností Sociálních služeb Lanškroun, Janáčkova 1003, 563 01 Lanškroun a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.

**Povinnost poskytnout osobní údaje**

Žadatel, nebo jeho zástupce, je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.

**Práva žadatele související se zpracováním:**

* má právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů,
* má právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů,
* má právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno,
* má právo vznést námitku proti zpracovávání osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu,
* má právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro jeho práva a svobody.

**Bližší informace** jsou zveřejněny na webových stránkách: **www.soslla/osobni-udaje.**

**Prohlášení žadatele nebo jeho zástupce**

Prohlašuji, že uvedeným informacím jsem plně porozuměl a **považuji** **poučení mé osoby za dostatečné**.

V případě, že tento dokument podepisuji v zastoupení žadatele, **prohlašuji**, že s jeho obsahem a důsledky pro jeho práva a povinnosti bylpřiměřeným způsobem, tedy jasně, srozumitelně a za použití jednoduchých jazykových prostředků, **seznámen i samotný žadatel**.

V ……………………………. dne ……………………………

Podpis žadatele (zástupce) ……………………….

****

**souhlas se zpracováváním**

**osobních údajů**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení kontaktní osoby I. |  |
| Bydliště |  |
| Jméno a příjmení klienta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení kontaktní osoby II. |  |
| Bydliště |  |
| Jméno a příjmení klienta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení kontaktní osoby III. |  |
| Bydliště |  |
| Jméno a příjmení klienta |  |

**Kontaktní osoba** tímto dobrovolně uděluje svůj kdykoliv odvolatelný souhlas se zpracováním osobních údajů poskytovatelem sociálních služeb: Sociální služby Lanškroun, Janáčkova 1003, 563 01 Lanškroun, a to v následujícím rozsahu a pro uvedené účely*:*

**Souhlasím** s evidováním a používáním mých osobních údajů **jméno, příjmení, emailová adresa, telefonní číslo, korespondenční adresa** za účelem kontaktování mé osoby a zasílání informací a pozvánek, to vše výhradně v souvislosti s poskytováním péče uvedenému klientovi.

Jsem srozuměn s tím, že **neudělení souhlasu není překážkou** poskytování péče uvedenému klientovi, pokud souhlas neudělím, nebudou uvedené osobní údaje jakkoliv zpracovávány. Ke zpracování na základě tohoto souhlasu bude docházet po dobu **trvání smlouvy** o poskytování služby sociální péče klientovi.

**Práva související se zpracováním**

 právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů;

 právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů;

 právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno;

 právo vznést námitku proti zpracovávání osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu;

 právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody kontaktní osoby.

**Bližší informace** o zpracování osobních údajů za uvedenými účely byly sděleny kontaktní osobě při podpisu tohoto dokumentu a jsou zveřejněny na stránkách: **www.soslla/osobni-udaje**

**Prohlášení kontaktní osoby**

Tento můj souhlas zůstává v plném rozsahu v platnosti a účinnosti po dobu trvání smlouvy o poskytování služby sociální péče klientovi. Jsem si vědom toho, že udělení tohoto souhlasu je dobrovolné a mohu ho s účinky do budoucna kdykoliv odvolat.

V Lanškrouně dne ……………………

Podpis kontaktní osoby I. ………………………………………

Podpis kontaktní osoby II. ……………………………………..

Podpis kontaktní osoby III. …………………………………….