

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY CENTRA SOCIÁLNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ POMOCI V PRAZE 10

Datum přijetí žádosti: *	Pořadové číslo žádosti: *
	Evidenční číslo žádosti: *

* Vyplňuje sociální pracovník Domova

Označení vybraného domova pro seniory CSOP v Praze 10 (označte pořadovým číslem podle preference a doručte prvním v pořadí):

☐**DOMOV ZVONKOVÁ**

(Zvonková 6, Praha 10, kontakt: 277 001 294, zvonkovads@csop10.cz)

☐**DOMOV U VRŠOVICKÉHO NÁDRAŽÍ**

(U Vršovického nádraží 5, Praha 10, kontakt: 277 011 702, unadrazids@csop10.cz)

☐**DOMOV VRŠOVICKÝ ZÁMEČEK**

(Moskevská 21, Praha 10, kontakt: 277 010 183, zamecekds@csop10.cz)

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
Adresa skutečného pobytu: (např. zdravotnické zařízení)	
Korespondenční adresa:	
Telefon:	
E-mail, ID datové schránky:	

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE ŽADATELE:

☐ opatrovník ☐ plná moc

Jméno, příjmení, titul:	
Korespondenční adresa:	
Telefon:	
E-mail, ID datové schránky:	

KONTAKTNÍ OSOBY ŽADATELE (dobrovolný údaj, uveďte až 2 osoby):

	1. kontaktní osoba	2. kontaktní osoba
Jméno, příjmení, titul:		
Vztah k žadateli:		
Telefon:		
E-mail, ID datové schránky:		

SOCIÁLNÍ SITUACE ŽADATELE:

Popište, proč žádáte o sociální službu domov pro seniory, proč potřebujete pravidelnou pomoc jiné osoby a proč již nadále nemůžete zůstat ve své domácnosti (snížená soběstačnost, nepříznivý zdravotní stav):

Popište, kdo a jak Vám nyní pomáhá a jaké využíváte sociální služby:

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI:

☐ nepobírám ☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň ☐ IV. stupeň ☐ zažádáno

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE NEBO JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly a jednou za 6 měsíců sdělit poskytovateli trvání zájmu o sociální službu. Jsem si vědom/a, že v případě nesplnění povinností může být žádost vyřazena z evidence.

Neúplné či nečitelné informace jsou důvodem k navrácení žádosti.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ (DÁLE JEN OÚ):

Nakládání s OÚ se řídí platnými právními předpisy, zejména zákonem o zpracování osobních údajů a nařízením Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016.

OÚ jsou zpracovávány v rozsahu: jméno, příjmení, datum narození, trvalý pobyt, telefon/mobil, výše PNP, popis sociální situace a dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. OÚ jsou zpracovávány v souladu s ustanovením čl. 6 odst. 1 písm. c) obecného nařízení o ochraně osobních údajů k účelu evidence žadatelů o poskytování sociální služby. OÚ jsou zpracovávány po dobu nezbytně nutnou k zajištění vzájemných práv a povinností vyplývajících z podání žádosti o poskytování sociální služby, případně k dosažení účelu, tj. zahájení poskytování sociální služby. OÚ jsou zpracovávány elektronicky a manuálně (pracovník poskytovatele sociální služby - správce OÚ).

Poučení žadatele o jeho právech: právo požádat správce o poskytnutí informace o zpracování jeho OÚ, právo na opravu nepřesných OÚ, které se týkají žadatele, právo na doplnění neúplných OÚ, právo na výmaz OÚ, které se týkají žadatele, právo na omezení zpracování OÚ, právo získat OÚ, které se týkají žadatele, jež správci poskytl, právo na přenositelnost OÚ, právo podat stížnost Úřadu pro ochranu osobních údajů (Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, www.uoou.cz), pokud se žadatel domnívá, že došlo k porušení právních předpisů v souvislosti s ochranou jeho OÚ. Podrobné informace o zpracování osobních údajů žadatele (čl. 13 GDPR) jsou k dispozici na webových stránkách organizace: www.csop10.cz.

V..... dne.....

Vlastnoruční podpis žadatele:	Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Příloha: Vyjádření ošetřujícího lékaře

VYJÁDRĚNÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o přijetí do domova pro seniory

Centra sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10 se sídlem Sámova 7, Praha 10 – Vršovice

Povinná příloha k žádosti o přijetí do domova pro seniory

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	

DIAGNÓZY (včetně číselné klasifikace):

ALERGIE:

DIETA:

POTŘEBA SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

(např. plicní, neurologické, psychiatrické, ortopedické resp. chirurgické, urologické, interní, diabetologické, kardiologické, dermatologické, rehabilitační, onkologické apod.):

☐ NE

☐ ANO – jaké a jak často?

DUŠEVNÍ STAV ŽADATELE

Trpí nějakým typem demence:

☐ NE

☐ ANO - stupeň závažnosti demence: ☐ mírná ☐ středně těžká ☐ těžká

Je orientován **místem:** ☐ ano ☐ částečně ☐ ne

časem: ☐ ano ☐ částečně ☐ ne

osobou: ☐ ano ☐ částečně ☐ ne

Návyk na alkohol:

☐ ANO ☐ NE

Návyk na léky:

☐ ANO ☐ NE

Agresivita:

☐ ANO ☐ NE ☐ občas

DALŠÍ ÚDAJE

Noční aktivita:

☐ ANO ☐ NE ☐ občas

Projevy narušující kolektivní soužití:

☐ NE

☐ ANO – jaké a jak často?

Defekty kůže:

☐ NE

☐ ANO – popis:

Trpí osoba akutní infekční nemocí, která by vylučovala pobyt osoby v zařízení sociálních služeb:

☐ ANO

☐ NE

TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRÁZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do pobytové sociální služby Centra sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10 a jsem si vědom/a, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se žadatelem.

Datum:

.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře