

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODLEHČOVACÍ SLUŽBY CENTRA SOCIÁLNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ POMOCI V PRAZE 10

Datum přijetí žádosti:*	Evidenční číslo žádosti:*
-------------------------	---------------------------

* Vypĺňuje sociální pracovník Domova

Do jakého zařízení odlehčovacích služeb CSOP v Praze 10 žádáte:

- ☐ **DOMOV ZVONKOVÁ**
(Zvonková 6, Praha 10, kontakt: 272 173 022, zvonkovadzr@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:	

OSOBY PEČUJÍCÍ O ŽADATELE, KONTAKTNÍ OSOBY ŽADATELE (je možné uvést až 2 osoby):

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

POŽADOVANÝ TERMÍN POBYTU:

(TERMÍN JE NUTNÉ PŘEDEM KONZULTOVAT SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ VYBRANÉHO DOMOVA)

OD

DO

SOCIÁLNÍ SITUACE ŽADATELE:

Popište, proč žádáte o pobytové odlehčovací služby (snížená soběstačnost, nepříznivý zdravotní stav) a jak máte v současnosti zajištěnou péči (kdo a v jakém rozsahu ji zajišťuje):

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI (DOBROVOLNÝ ÚDAJ):

☐ 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. Z důvodu uvolnění blokované kapacity jsem povinen/a neprodleně ohlásit také ztrátu 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 zpracovány 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 zpracovány 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

Upozornění:

Zdravotní ošetrovatelská péče bude Domovem poskytována pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře žadatele na poukazu ORP. Péči může také zajišťovat domácí zdravotní péče podle výběru žadatele.

Pokud žadatel v dohodnutém termínu na odlehčovací službu nenastoupí, bude žádost automaticky vyřazena z evidence.

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o přijetí na odlehčovací služby

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

Povinná příloha k žádosti o přijetí na odlehčovací služby

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

SEZNAM A DÁVKOVÁNÍ LÉKŮ KE DNI NÁSTUPU

OČKOVÁNÍ

Tetanus:

☐ ANO v roce..... ☐ NE

Pneumokok:

☐ ANO v roce..... ☐ NE

Další očkování:

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 NENAHRADUJE 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