**Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem**

**v Domě sociálních služeb Pacov, p.o.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Žádost doručena dne:** | **Žádost zařazena do evidence dne:** |
| **Evidenční číslo:** |
| Zařazení žádosti do evidence bylo VÚZOP/staniční sestrou DSSP: 🞏 schváleno 🞏 zamítnutoDatum a podpis: |

 \*vyplňuje DSSP

**Údaje o žadateli**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení**:…………………………………………………………………………... **Datum narození**:…………………………………………………**Číslo občanského průkazu/pasu**:……………………………….**Telefonní kontakt**:……………………………………………….**Adresa trvalého bydliště**:…………………………………………………………………...**Kontaktní adresa** (liší-li se od trv. bydliště):………………………………………………. |
|  **Výše přiznaného příspěvku:**☐ I. stupeň (880 Kč) ☐ II. stupeň (4 900 Kč) ☐ III. stupeň (14 800 Kč) ☐ IV. stupeň (23 000 Kč, 27 000 Kč)  | ☐ žádost o příspěvek na péči byla podána☐ o příspěvek na péči dosud nebylo zažádáno |
| **Popis současné sociální situace a důvod podání žádosti (povinné):** |

**K žádosti o umístění je nutné dodat:**

* vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele

**Údaje o kontaktní osobě/opatrovníkovi\* (je-li stanoven soudem)**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení**: ………………………………………………………………………….**Telefonní kontakt**: …………………………… **E-mail**: ………………………………….**Příbuzenský poměr k žadateli**: …………………………………………………………….Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.**Datum**:………………………… **Podpis kontaktní osoby**:……………………………. |

\* Je-li opatrovník stanoven, je nutné tuto skutečnost doložit kopií listiny opatrovníka. Opatrovník se automaticky stává kontaktní osobou.

***Poučení a souhlas se zpracováním osobních údajů:***

*Žadatel souhlasí s tím, aby Dům sociálních služeb Pacov, p.o. shromažďoval osobní údaje o žadateli (dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů), a to v rozsahu nezbytně nutném za účelem vyhodnocení jeho žádosti v písemné podobě. Žadatel souhlasí s tím, že pověření pracovníci poskytovatele mají právo seznámit se s jeho zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti. Souhlas je dán po dobu, po níž bude žádost aktuální a dále po dobu, kdy bude žadateli poskytována sociální služba na základě smlouvy.*

*Dále ve smyslu obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) tímto uděluji souhlas k předání svých osobních údajů v rozsahu jméno, příjmení, datum narození, číslo občanského průkazu nebo cestovního pasu, adresa trvalého či pře­chodného bydliště a kontaktní údaje Kraji Vysočina, IČ: 70890749, se sídlem Žižkova 1882/57, Jihlava, zodpovědnému za plánování dostatečné kapacity sociálních služeb a tvorbu krajské sítě sociálních služeb, a k jejich zpracovávání krajem (včetně možnosti ověřování v registru obyvatel) za účelem vedení evidence klientů a žadatelů o poskytnutí po­bytové sociální služby, zjištění duplicitních žádostí a skutečného počtu unikátních zájemců o službu. Souhlas uděluji na dobu vedení v evidenci klientů či žadatelů o poskytnutí pobytové sociální služby. Zpracovávání je prováděno k plnění úkolů ve veřejném zájmu a práva žadatele/ky související se zpracováním osobních údajů za uvedeným účelem jsou podrobněji popsána na https://www.kr‑vysocina.cz/formulare/ds-304368/p1=105414.*

*V případě, že tuto žádost podepisuji v zastoupení žadatele/ky, prohlašuji, že s jeho obsahem a důsledky pro jeho/její práva a povinnosti byl/a přiměřeným způsobem, tedy jasně, srozumitelně a za použití vhodných jazykových prostředků, seznámen/a i samotný/á žadatel/ka.*

**Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.**

Datum: ……………………

Podpis žadatele/zástupce/opatrovníka:…………………………………..

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE**

**o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu v DSSP\***

**Žadatel**

 **Jméno a příjmení:…………………………………………. Rodné příjmení:……………**

 **Datum narození:………………………………….**

 **Adresa trvalého bydliště:…………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Diagnózy (česky):** |
| **Hlavní:** |
| **Ostatní:** |
| **Objektivní nález (status praesens generali, v případě orgánového postižení i st. localis):** |
| **Medikace:** |

*\* Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění*

|  |
| --- |
| **Duševní stav, případné projevy demence:** |
| **Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení?** (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, interního, protialkoholního atd.) Pokud ano, dodejte výsledky vyšetření. |
| Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění? ano ne Pokud ano, pro jaké: ............................................................................................................. Je žadatel léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ano ne Pokud ano, v jaké formě a kým: ........................................................................................... |
| Je žadatel schopen chůze? ano ne s pomocí Je žadatel upoután trvale na lůžko? ano ne Je žadatel schopen sám sebe obsloužit? ano ne s pomocí Je žadatel schopen se najíst? ano ne s pomocí Je žadatel schopen sám jednat o svých osobních záležitostech? ano ne Noční aktivita? ano (jaká) ne ………………………….Používá kompenzační pomůcky? ano (jaké) ne ………………………….Používá inkontinentní potřeby? trvale jen v noci ne |
| **Očkování žadatel a termíny očkování:** Pneumo 23 (datum posledního očkování): …………………………………………………...Chřipka (datum posledního očkování): ………………………………………………………TAT (datum posledního očkování): ………………………………………………………….SARS-CoV-2 (datum posledního očkování): ………………………………………………...Jiná očkování (druh a datum posledního očkování): ………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Označte křížkem platnou odpověď:** **Zdravotní stav žadatele** * vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
* nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

**Osoba** * je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb – netrpí akutní infekční chorobou (případně infekční a parazitární chorobou, kožní chorobou, svrabem, tuberkulózou, pohlavní nemocí v akutním stadiu)
* není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční choroby
* hrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
* nehrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
* hrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
* nehrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
 |
| **Vyjádření lékaře, zda je žadatel schopen jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby a následně ji podepsat.**🞏 ANO 🞏 NEDatum: Razítko a podpis lékaře: |