**Centrum sociální pomoci města Litomyšl Datum přijetí žádosti:**

 **Zámecká 500, 570 01 Litomyšl, IČO 00194387,** **🕿 461 614 861 Evidenční číslo žádosti:**

****

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ**

**SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**1. ŽÁDOST**

 **Zaškrtněte požadovaný druh služby***:*

 **DOMOV PRO SENIORY –** cílovou skupinu tvoří senioři nad 60 let, kteří se v důsledku svého věku a ze zdravotních důvodů ocitli v nepříznivé sociální situaci a potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby při zvládání základních životních potřeb, kterou již nelze zajistit ve vlastním domácím prostředí.

 **DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM –** cílovou skupinu tvoří lidé nad 50 let, kteří z důvodu stařecké, Alzheimerovy a obdobných typů demencí mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc druhých osob, kterou již nelze zajistit ve vlastním domácím prostředí.

**Zaškrtněte požadavek na vyřízení žádosti:**

 **NALÉHAVÁ –** v případě nabídky volného místa, nastoupí žadatel k pobytu okamžitě.

 **POJISTKA** žadatel na její vyřízení nespěchá, případnou změnu požadavku na vyřízení žádosti oznámí.

**2. ÚDAJE ŽADATELE**

**Jméno, příjmení, titul:**

**Datum narození:**

**Trvalé bydliště:**

**Adresa současného bydliště** (vyplňte, pokud je místo pobytu odlišné od trvalého pobytu, např. u příbuzných, ve zdravotnickém zařízení)**:**

**Příspěvek na péči:**

 bez příspěvku na péči I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň

 podání žádosti je v řízení/byl podán návrh na změnu výše dne ………………………………

u Úřadu práce v ………………………………………………………………………………….

**Důvod podání žádosti** (popište důvody, proč žádáte o službu, kdo poskytuje péči, jakou péči jste již vyzkoušeli):

**3. ÚDAJE OPATROVNÍKA/ZÁKONNÉHO**

 **ZÁSTUPCE/ZMOCNĚNCE**

**Jméno, příjmení, titul:**

**Trvalé bydliště:**

**Vztah k žadateli:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:**

**4. ÚDAJE KONTAKTNÍ OSOBY**

*(svým podpisem vyjadřuji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním osobních údajů uvedených v této žádosti)*

**1. Jméno, příjmení, titul:**

**Trvalé bydliště:**

**Vztah k žadateli:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:** ………………………..

**podpis kontaktní osoby**

*(není nutnost stanovit druhou kontaktní osobu)*

**2. Jméno, příjmení, titul:**

**Trvalé bydliště:**

**Vztah k žadateli:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:**  ……………………….

 **podpis kontaktní osoby**

**5. OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

V rámci ochrany osobních údajů níže naleznete postupy, jak nakládáme s Vašimi osobními údaji (viz. nakládání s osobními údaji a stanovení účelu, prostředků a způsobu zpracování těchto údajů ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění.

Kontaktní údaje správce osobních údajů: reditel@csplitomysl.cz, ekonom@csplitomysl.cz

V případě, že nám do organizace odevzdáte vyplněnou žádost. Uvedené osobní údaje nebudou poskytnuty třetí osobě a nebudou použity k marketingovým účelům. Vaše osobní údaje povedeme v listinné a elektronické podobě. Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění smlouvy, nebo pro provedení opatření přijatých před uzavřením smlouvy na Vaši žádost.

Jméno, příjmení, datum narození, trvalý pobyt, adresa současného pobytu, telefonní číslo a výše příspěvku na péči jsou nutné osobní údaje pro vedení pořadníku žádostí pro možnost kontaktování Vás – provedení sociálního šetření, ověření příslušnosti k cílové skupině, uzavření smlouvy.

K těmto údajům má přístup či je zpracovává ředitel organizace, sociální pracovník, sociálně administrativní pracovník, vedoucí péče a vrchní sestra.

K žádosti přikládáte Vyjádření lékaře. Dokumentace zdravotního rázu, která může obsahovat i námi nevyžádané osobní údaje je okamžitě předávána vrchní sestře.

Všechny listinné dokumenty či údaje v elektronické formě jsou chráněny před zneužitím.

Podpisem smlouvy potvrzujete, že jste byl seznámen/a se zpracováním osobních a citlivých údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a Nařízení EU 2016/679 General Data Protection Regulation (GDPR).

Prohlašujete, že veškeré údaje v této žádosti jste uvedl/a pravdivě. Jste si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuálně i ukončení poskytování služeb.

Máte právo podat stížnost u dozorového úřadu a právo požadovat od správce přístup k osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz anebo omezení zpracování a právo vznést námitku proti zpracování a právo na přenositelnost údajů.

**Datum podpisu:** …………………………….

**Podpis žadatele (opatrovníka/zástupce):** ……………………………….

*akt. 1. 2. 2023 MK*

**6. DOKUMENTY POTŘEBNÉ K ŽÁDOSTI**

* **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Formulář najdete na poslední straně žádosti. (pozbyde-li lékařské vyjádření aktuálnosti – obvykle 3 měsíce nebo dle individuálního posouzení), předkládá žadatel před nástupem do Domova aktuální lékařský posudek. Vyplněné vyjádření lékaře či jakoukoliv další dokumentaci obsahující zdravotní informace přiložte k žádosti v zalepené obálce (nadepsané jménem žadatele). V případě podání žádosti jako pojistky do budoucna, není nutné dokládat lékařské vyjádření.

* **DOKUMENT O ZASTOUPENÍ ŽADATELE**

V případě ustanovení zákonného zástupce či zmocněnce žádáme o doložení dokumentu, kterým bude zastoupení prokázáno (rozsudek, usnesení, listina o jmenování opatrovníka, plná moc).

**7. POSTUP ZPRACOVÁNÍ ŽÁDOSTI**

* Vyplněnou žádost přebírá sociální pracovnice (v případě její nepřítomnosti lze nechat žádost na recepci v zalepené obálce). Žádost lze zaslat také poštou nebo podepsanou naskenovat a zaslat e-mailem.
* V případě podání žádosti jako „naléhavá“ bude sociální pracovník žadatele/ kontaktní osobu zpravidla do 60 dnů kontaktovat ke sjednání termínu pro sociální šetření.
* Během sociálního šetření budou žadateli poskytnuty informace o dalším postupu.
* Žádost, označena jako „pojistka“ bude zařazena do databáze zájemců, sociální šetření bude provedeno až na podnět zájemce, kdy změní žádost na naléhavou.
* Pro zájemce s problémem mobility z Litomyšle a mikroregionu Litomyšlsko, lze dohodnout pomoc s vyplněním žádosti v prostředí zájemce.

**Centrum sociální pomoci města Litomyšl, Zámecká 500, 570 01 Litomyšl**

Dotazy k poskytované službě zodpoví a pomoc s vyplněním žádosti zajistí sociální pracovnice na výše uvedené adrese (budova s názvem DOMOV POD ŠKOLOU – Kancelář CSP)

**Provozní doba: pondělí a středa od 8.00 – 12.00 a od 13.00 - 16.00 hod.**

**🕿 604 924 078, 461 614 861**

**e-mail:** **socialni@csplitomysl.cz**

 *akt. 1. 2. 2023 MK*



**Centrum sociální pomoci města Litomyšl**

**Zámecká 500, 570 01 Litomyšl, IČO 00194387, 🕿 461 614 861**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY podle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

 **DOMOV PRO SENIORY DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

**Žadatel (jméno, příjmení, titul):** ………………………………………………………………………………...

**Narozen (den, měsíc, rok):** ……………………………………………………………………............................

**Bydliště (obec, ulice, číslo):** ………………………………………………………………………………………

**1. AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV**

**2. DUŠEVNÍ STAV (popř. projevy narušující kolektivní soužití)**

**3. DIAGNÓZA**



**5. JINÉ ÚDAJE – je pod dohledem specializovaného oddělení nebo ambulance?**

**ANO – NE (pokud ANO – uveďte prosím konkrétní oddělení nebo ambulanci)**

**6. SEZNAM A ROZPIS UŽÍVANÝCH LÉKŮ**

**7. POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO ZDRAVOTNÍHO STAVU**

**schopen pobytu v zařízení sociální služby: ANO - NE**

**indikace akutní infekční nemoci: ANO – NE**

**Dne** ……………………………  **Razítko a podpis lékaře**………………………………….

*akt. 1. 2. 2023 MK*