

## ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA PRO SENIORY

ZÁKLADNÍ ÚDAJE – povinné informace	
1.	<b>Jméno a příjmení žadatele:</b>
2.	<b>Datum narození žadatele:</b>
3.	<b>Kontakt na žadatele:</b>
4.	<b>Státní občanství žadatele:</b>
5.	<b>Adresa trvalého bydliště žadatele:</b> ..... .....
6.	<b>Kontaktní adresa, není-li shodná s adresou trvalého bydliště (na tuto adresu Vám budeme zasílat korespondenci):</b> ..... .....
7.	<b>Opatrovník žadatele (je nutno dodat kopii soudního rozhodnutí o opatrovnictví):</b>  Jméno a příjmení opatrovníka: ..... Korespondenční adresa: ..... ..... Tel./mobil.: ..... E-mail: .....
8.	<b>Kontaktní osoba pro případ, kdy žadatel není schopen jednat sám a kontaktní osoba zprostředkovává provádění sociálních šetření, popřípadě umístění žadatele do Domova pro seniory:</b>  Jméno a příjmení: ..... Korespondenční adresa: ..... ..... Tel./mobil.: ..... E-mail: .....

9.	<b>Od kdy byste si přál/a být umístěn/a do Domova pro seniory Efata?</b>		
10.	<b>Posouzení soběstačnosti žadatele (správnou odpověď označte)</b>		
a) komunikace	<input type="checkbox"/> zřetelná	<input type="checkbox"/> s obtížemi	<input type="checkbox"/> nesrozumitelná
b) sluch	<input type="checkbox"/> dobrý sluch	<input type="checkbox"/> zhoršený sluch	<input type="checkbox"/> neslyšící
c) zrak	<input type="checkbox"/> dobrý zrak	<input type="checkbox"/> zhoršený zrak	<input type="checkbox"/> nevidomý
d) kontinence moči	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> částečně inkontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní
e) kontinence stolice	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> částečně inkontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní
f) Jste schopný/a chůze bez cizí pomoci?	<input type="checkbox"/> Ano, schopen	<input type="checkbox"/> Částečně schopen	<input type="checkbox"/> Ne, neschopen
g) Jste upoután/a na lůžku?	<input type="checkbox"/> Ano, trvale	<input type="checkbox"/> Převážně upoután	<input type="checkbox"/> Ne, nejsem
h) Potřebujete pravidelnou pomoc jiné osoby při provádění osobní hygieny nebo koupele/sprchování?	<input type="checkbox"/> Ano, potřebuji	<input type="checkbox"/> Občas potřebuji	<input type="checkbox"/> Ne, nepotřebuji
i) Jste závislý/á na pravidelné pomoci jiné osoby?	<input type="checkbox"/> Ano, zcela	<input type="checkbox"/> Ano, částečně	<input type="checkbox"/> Ne, nejsem

<b>DOBROVOLNÉ INFORMACE (správnou odpověď označte křížkem)</b>	
11.	Máte přiznán příspěvek na péči? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Je v řízení Uveďte prosím, jaký stupeň příspěvků na péči Vám byl přiznán: .....
12.	Jiné informace, které byste nám chtěli sdělit.

## PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/OPATROVNÍKA

Prohlašuji, že veškeré informace v této žádosti jsem uvedl/a podle skutečnosti.

Údaje v této žádosti a údaje uvedené při sociálních šetřeních před uzavřením Smlouvy o poskytnutí sociální služby v domově pro seniory, jsou zpracovávány v souladu s právními předpisy o ochraně osobních údajů, a to zejména s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), a se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Údaje obsažené v této žádosti a ve *Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o umístění do domova pro seniory* budou využity sociální pracovníci, zdravotnickým pracovníkem a ředitelkou Domova pro seniory Efata pouze v rozsahu nezbytně nutném pro posouzení této žádosti a případného umístění do Domova pro seniory Efata a předány dalším osobám pouze v případech, kdy to vyžadují platné právní předpisy nebo k tomu byl žadatelem udělen souhlas.

Jsem seznámen/a s tím, že do 14 dnů od podání této žádosti budu kontaktován sociální pracovníci, aby se mnou v místě mého momentálního pobytu provedla sociální šetření. Na základě tohoto šetření bude tato žádost přijata, popřípadě nepřijata do Evidence žádostí.

Podpisem této žádosti potvrzuji, že jsem se seznámil/a s dokumentem: **Informace o zpracování o osobních údajů** žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb pro účel zpracování „Evidence žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb ve webové aplikaci KISSoS sloužící k plánování sociálních služeb na území Zlínského kraje“ a jeho obsahu jsem porozuměl/a.

*Prosím zaškrtněte jednu z následujících možností:*

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM,

aby poskytovatel sociální služby jako správce osobních údajů předal moje následující osobní údaje: **jméno a příjmení, datum narození, pohlaví, regionální vazba (obec)** jinému správci: Zlínský kraj, tř. Tomáše Bati 21, 761 90 Zlín, IČO: 70 89 13 20, a to za účelem zpracování „Evidence žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb ve webové aplikaci KISSoS sloužící k plánování sociálních služeb na území Zlínského kraje“, jejímž cílem je získání statistických údajů potřebných ke zjištění potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob a zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb v rámci plánování základní sítě sociálních služeb na území Zlínského kraje ve smyslu § 93 a 95 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

Podpis žadatele/opatrovníka:

Datum podpisu žádosti:

## VYPLŇUJE SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Datum převzetí žádosti:

Datum provedení sociálního šetření:

Výsledek sociálního šetření a další záznamy:

### **Postup pro vyplnění Žádosti o umístění do domova pro seniory (dále jen Žádost)**

Prosíme o čitelné vyplnění všech povinných informací uvedených v Žádosti. Žádost musí být podepsána žadatelem o umístění nebo jeho soudně stanoveným opatrovníkem. Jiná osoba Žádost za žadatele podepisovat nesmí. Nepodepsaná či nedostatečně vyplněná Žádost bude žadateli vrácena k doplnění.

### **Další požadované dokumenty**

U žadatele o umístění do Domova pro seniory Efata, který má soudně určeného opatrovníka, požadujeme dodání kopie usnesení soudu o ustanovení opatrovnictví.

### **Formulář Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o umístění do domova pro seniory (dále jen Vyjádření lékaře)**

Formulář *Vyjádření lékaře* prosím předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři žadatele. Tento formulář nemůže být nahrazen Výpisem ze zdravotní dokumentace žadatele ani vyplněným formulářem jiného zařízení sociální služby.

*Vyjádření lékaře* je žadatel povinen dodat sociální pracovníci Domova pro seniory Efata nejpozději před umístěním do Domova pro seniory Efata.

Pro lepší posouzení Žádosti doporučujeme žadatelům dodat vyplněné Vyjádření lékaře současně s Žádostí o umístění do Domova pro seniory Efata.

### **Podání Žádosti**

Vyplněnou Žádost, popř. Vyjádření lékaře a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka zašlete na adresu: **Domov pro seniory Efata, Tyršova 1108, Zlín – Malenovice, 763 02**, do rukou sociální pracovnice. Kontakt na sociální pracovníci: mobil: 734 395 877. Dokumenty můžete do Domova pro seniory Efata doručit i osobně.

### **Vyřízení žádosti**

Po doručení Žádosti do Domova pro seniory Efata bude sociální pracovnice kontaktovat žadatele, popřípadě uvedenou kontaktní osobu v Žádosti, zpravidla do 14 dnů. Sociální pracovnice se domluví na provedení sociálního šetření v místě momentálního pobytu žadatele. Na základě tohoto šetření stanoví, zda žadatel o umístění spadá do cílové skupiny Domova pro seniory Efata a je vhodný pro umístění.