



ŽÁDOST O PŘIJETÍ
do Domova pro seniory Sokolnice,
příspěvková organizace

se sídlem Zámecká 57, 664 52 Sokolnice

Jméno a příjmení:	Titul:
Datum narození:	
Státní příslušnost:	
Místo narození:	Rodinný stav:
Adresa trvalého bydliště:	
Místo aktuálního pobytu:	
Telefon:	
Druh důchodu:	

Příspěvek na péči:

- přiznán ve výši: 800,-Kč €
- 4.000,-Kč €
- 8.000,-Kč €
- 12.000,-Kč €

- nepřiznán €

- v řízení €

Jméno a adresa praktického lékaře:

Sociální kontakty (rodinní příslušníci, přátelé, známí, sousedé):

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Adresa	Telefon

Osoby žijící ve společné domácnosti s žadatelem:

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli

U žadatelů omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům uveďte:

Příjmení a jméno opatrovníka:

Rozhodnutí soudu ze dne:

Číslo jednací:

Prohlášení žadatele:

Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.

Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře) hradí sám.

Žadatel bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální služby neprodleně sdělí sociální pracovníci Domova pro seniory Sokolnice.

Datum:

Vlastnoruční podpis žadatele:

.....

Podpis zákonného zástupce:

.....

Poplatky spojené s vyplněním tohoto vyjádření hradí žadatel!

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Domov pro seniory Sokolnice, příspěvková organizace

1. Jméno a příjmení žadatele:
2. Narozen:
3. Trvale bytem:
4. Anamnéza rodinná:
5. Anamnéza osobní:
6. Objektivní nález:

7. Duševní stav:			
8. Diagnóza hlavní:			
9. Diagnóza ostatní:			
10. Typ stravování:	normální €		
	šetřící €		
	diabetická €		
11. Je schopen chůze bez cizí pomoci:		ano	ne*)
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko:		ano	ne*)
Je schopen sám sebe obsloužit:		ano	ne*)
Pomočuje se:	trvale	ano	ne*)
	občas	ano	ne*)
	v noci	ano	ne*)
Potřebuje lékařské ošetření:	trvale	ano	ne*)
	občas	ano	ne*) ¹
12. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby:			
Dne:	Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:		

¹ *) Nehodící se, škrtněte

Přílohy k žádosti:

- vyjádření praktického lékaře (viz formulář)
- zpráva odborného lékaře, pokud jej žadatel navštěvuje nebo je z lékařské zprávy patrné, že vyšetření je k posouzení žádosti nezbytné
- rozsudek soudu o zbavení způsobilosti k právním úkonům a listina o ustanovení opatrovníka
- kopie rodného listu^{*2}
- oddací list (týká se manželů)*
- poučení a souhlas s nakládáním s osobními údaji
- kopie důchodového výměru*
- dotazník

² *) nepovinné dokumenty

Poučení a souhlas s nakládáním s osobními a citlivými údaji klienta

JMÉNO A PŘÍJMENÍ KLIENTA

ADRESA

I. Poučení o nakládání s osobními a citlivými údaji v organizaci

Domov pro seniory Sokolnice, příspěvková organizace, Zámecká 57, 664 52 Sokolnice (dále jen domov) zpracovává povinné osobní a citlivé údaje svých klientů, jejich případných opatrovníků a rodinných příslušníků v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o ochraně osobních údajů). Činí tak v rozsahu nezbytném pro výkon oprávněné činnosti organizace poskytující sociální služby dle platných právních norem, zejména pak zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění, a to především za účelem:

- zajištění sociálně terapeutické, ošetrovatelské a zájmové, případně i další činnosti organizace;
- kontaktování klientů a jejich případných opatrovníků či rodinných příslušníků při zajištění činnosti;
- poskytnutí údajů požadovaných po organizaci státními orgány a orgány územní samosprávy, popř. jinými oprávněnými organizacemi, při plnění povinností vyplývajících z právních předpisů.

Organizace zpracovává o každém klientovi tyto osobní a citlivé údaje:

- identifikační údaje – jméno, příjmení, datum a místo narození, rodné číslo, státní příslušnost;
- kontaktní údaje – kontaktní adresa, telefonická spojení, e-mail a podobné údaje;
- údaje o činnosti a výsledcích v organizaci – účast v sociálně terapeutických činnostech, akcích, plnění osobních cílů na základě individuálních plánů atd.;
- údaje o zdravotním stavu a další údaje související s poskytovanou lékařskou a ošetrovatelskou péčí – zdravotní stav a diagnóza postižení, ošetřující lékař, zprávy z odborných lékařských vyšetření, zdravotní pojišťovna klienta, údaje o užívaných lécích, omezeních atd.;
- údaje o rodině, případně opatrovníkovi – jméno, příjmení, kontaktní adresa, telefonická spojení, e-mail a podobné údaje;
- údaj pro úhrady a vratky – bankovní nebo jiné spojení pro účely úhrad za pobyt a vratek za omluvené nepřítomné dny v organizaci, pravidelné příjmy klienta, souhlasy s ukládáním financí do depozitní pokladny;
- ostatní – údaje ze života klienta, jako je využívání (stávající i minulé) jiných sociálních služeb, absolvované vzdělání a zaměstnání atd.

Osobní a citlivé údaje, které jsou vedeny, jsou určeny a mohou být zpřístupněny pouze zaměstnancům organizace, kteří je potřebují pro výkon své funkce. Klient či opatrovník je povinen poskytnout úplné a pravdivé údaje identifikační a kontaktní, relevantní údaje o zdravotním stavu a údaje k úhradě za sjednané sociální služby a k vrátkám za omluvené nepřítomné dny.

Pokud klient či opatrovník zjistí, že došlo k porušení zákona o ochraně osobních údajů, má právo se obrátit na organizaci, případně posléze na příslušné úřady k přijetí opatření za účelem nápravy. Na základě písemné žádosti je organizace povinna poskytnout klientovi

(případně za něj jeho opatrovníkovi) informace o osobních údajích o něm zpracovávaných. Klient nebo opatrovník mají kdykoliv právo nahlédnout do klientovy osobní složky.

II. Souhlas s nakládáním s osobními a citlivými údaji

Klient nebo opatrovník níže uvedeným vlastnoručním podpisem:

- prohlašuje, že se seznámil/a s tímto poučením a souhlasí s výše uvedeným způsobem zpracování osobních a citlivých údajů v organizaci;
- výslovně souhlasí se zpracováním údajů o zdravotním stavu klienta; především souhlasí s vedením a zpracováním zdravotní (lékařské) dokumentace odbornými pracovníky (všeobecnými sestrami) dle § 67b odst. 10 zákona 20/1966 Sb., o zdraví lidu v platném znění.

.....
DATUM a PODPIS KLIENTA NEBO OPATROVNÍKA

Dotazník
(prosíme ve Vašem zájmu o vyplnění)

Od nabízené služby požaduji, mám zájem o:

Ubytování na: 1-lůžkovém pokoji (domky)
 2-lůžkovém pokoji (hl. budova)
 3- a více lůžkovém pokoji (hl. budova)
 je mi to jedno

Strava: potřebuji pomoc při jídle: ano ne
 potřebuji pomoc při přijímání tekutin: ano ne

Péče o prádlo: prádelna rodina

Úklid pokoje: kompletně zajištěna služba drobný úklid si zajistím sám/a

Pomoc a podpora při základních pohybových činnostech:
ano: oblékání chůze mytí
ne

Používání kompenzačních pomůcek:

chodítko
invalidní vozík
berle
francouzské hole
ortézy
jiné – uveďte jaké:
nepoužívá žádné

Ošetrovatelská péče:

celodenně
podle potřeby

Zájmy a záliby: