



ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY A PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby Sokolov, příspěvková organizace
Komenského 113, 356 01 Sokolov

IČO: 07668155

www.sossokolov.cz

Domov pro seniory
(vyplní domov)

Domov se zvláštním režimem
(vyplní domov)

Podací razítko:

Žadatel:

Příjmení a jméno:

.....

Datum narození:

.....

Trvalý pobyt:

.....

Jazyk.....

Státní příslušnost:

Telefon, mobil:

Zákonný zástupce žadatele, je-li omezen ve svéprávnosti nebo je mu soudem ustanoven opatrovník (prosíme o přiložení usnesení soudu, který ve věci rozhodl a List o ustanovení opatrovníka), zástupce na základě plné moci (prosíme o přiložení plné moci).

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:		Telefon

Příspěvek na péči:

- Ano –:.....
- Ne.....
- Zažádáno o příspěvek na péči – kdy:.....
- Zažádáno o změnu výše příspěvku na péči – kdy:.....

Kontaktní osoba:

(Osoba, se kterou můžeme jednat)

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:		Telefon

Příbuzní žadatele nebo osoby blízké žadateli – chcete-li uvést¹

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:		Telefon
Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:		Telefon
Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:		Telefon

¹ Uvedením osobních údajů příbuzných osob žadatele žadatel potvrzuje, že tyto osoby byly o uvedení v této žádosti obeznámeny a že s tímto uvedením souhlasí.

Sociální situace žadatele (kde se v době podání žádosti nacházíte?):

- žadatel žije sám, nemá nikoho, kdo by se o něj mohl postarat
- žadatel bydlí společně s rodinnými příslušníky
- žadatel má blízké osoby, které ale bydlí mimo bydliště žadatele
- žadatel využívá služeb pečovatelské služby, avšak tato už nedostačuje jeho potřebám
- žadatel je umístěn v jiném zařízení sociálních služeb,
uved'te kde:.....
- žadatel je umístěn ve zdravotnickém zařízení (např. LDN, nemocnice),
uved'te kde

Popište svoji nynější situaci (zdraví, soběstačnost, kdo Vám nyní pomáhá – rodina, pečovatelská služba aj., máte nějaké překážky v bydlení s ohledem na Váš zdravotní stav nebo soběstačnost, časté hospitalizace a pobytu v LDN, osamělost apod.):

Popište s čím potřebujete pomoci (jaké služby má náš domov zajistit, jaké máte požadavky, jaké zlepšení své situace očekáváte...)

Prohlášení žadatele nebo jeho zákonného zástupce:

Prohlašuji, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Beru na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře), hradím sám.

Žadatel je tímto informován, že poskytovatel shromažďuje a zpracovává osobní údaje a citlivé údaje v rámci plnění právní povinnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v písemné a elektronické podobě a v souladu s nařízením EU (GDPR) platným od 25.5.2018.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem srozuměn/a s tím, že poskytovatel ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (GDPR) a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, zpracovává moje osobní data a údaje obsažené v dokumentech předkládaných před zahájením poskytování sociální služby, rovněž i, že tyto slouží pro vnitřní potřeby Sociálních služeb Sokolov, p. o.

V....., dne.....

vlastnoruční podpis žadatele/jeho zákonného zástupce

Upozornění:

- K žádosti je nutné doložit Vyjádření lékaře, a dále Souhlas s poskytnutím a zpracováním osobních údajů
- Pokud není žadatel schopen podpisu, je nutné připojit potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu
- Alespoň 1x za půl roku uvést (osobně, telefonicky, e-mailem) případné změny (např. zhoršení zdravotního stavu, míry soběstačnosti, kontaktů apod.)

Případné dotazy Vám rádi zodpovíme na telefonních číslech:

- **770 660 356**, - sociální pracovnice
- **770 660 357** - zástupce ředitele / sociální pracovnice

Veškeré informace naleznete na: www.sossokolov.cz

V případě, že se neozvete Vy, bude aktualizace žádosti provedena nejdéle 1x za půl roku od jejího zaevidování a poté vždy po 6 měsících od poslední aktualizace.

V případě nepodepsané žádosti žadatelem nebo nedoložením vyjádření lékaře, že žadatel se není schopen podepsat, nebude žádost zaevidována.

VYJÁDŘENÍ DOMOVA „4“ (Vyplňuje zařízení)

Dne.....byla žádost č.zařazena do evidence žadatelů.

Dne.....byla žádost č.odmítnuta pro důvody ..

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis pracovníka pověřeného zpracováním žádosti
Jméno a příjmení hůlkovým písmem