

Žádost o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Burešov, p. o. Burešov 4884, Zlín 760 01, www.dsbaresov.cz

pro sociální službu:

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Prosíme, vyplňte všechny kolonky

1.	Jméno a příjmení žadatele: Narozen (den, měsíc, rok): Adresa trvalého pobytu, PSČ: Adresa skutečného bydliště, PSČ: Telefon:
2.	Kontaktní osoba: (Uveďte prosím jednu osobu, kterou můžeme informovat o veškerých náležitostech, týkající se žadatele.) Jméno a příjmení: _____ Vztah k žadateli: _____ Adresa: _____ Telefon: _____ E-mail: _____
3.	Zástupce žadatele: (soudem ustanovený opatrovník, zastoupení členem domácnosti atd.) Jméno a příjmení: _____ Vztah k žadateli: _____ Adresa: _____ Telefon: _____ E-mail: _____

4.

Jako žadatel o sociální službu potvrzuji tímto seznámení se s Informací o zpracování 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“.

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

vlastnoruční podpis žadatele nebo zástupce

V _____

dne: _____

Příloha k žádosti:

Lékařský posudek o aktuálním zdravotním stavu žadatele

Informační povinnost správce

Listina o jmenování opatrovníka – kopie (pokud je opatrovník ustanoven)

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou službu v Domově pro seniory Burešov, p. o.

Vyplní praktický lékař žadatele o pobytovou sociální službu

1. Zájemce o službu:			
Jméno a příjmení:		Titul:	
Bydliště:			
Datum narození:		Zdravotní pojišťovna:	
2. Jméno praktického lékaře:			
Adresa:			
Telefon:			
3. Anamnéza – aktuální zdravotní stav:			
4. Diagnóza:			
a) hlavní diagnóza			
b) ostatní choroby			
5. Duševní stav:			
Demence:	ANO	NE	Typ demence: _____
a) stupeň demence:	I.	II.	III.
b) test MMSE:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	b.	
Mentální postižení:	LEHKÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ NE
Další psychiatrická onemocnění:	ANO	NE	Upřesnění: _____
Poruchy orientace – místem	ANO	NE	
Poruchy orientace – časem	ANO	NE	
Poruchy orientace – osobou	ANO	NE	
Poruchy orientace – situací	ANO	NE	
Poruchy paměti	ANO	NE	
Deprese, úzkosti	ANO	NE	
Fobie, halucinace	ANO	NE	
6. Doplňující informace:			
Porucha příjmu potravy a tekutin:	ANO	NE	

Porucha zraku	ANO	NE
Porucha sluchu	ANO	NE
Porucha komunikace	ANO	NE
7. Aktuální medikace:		
8. Dispenzarizace v odborných ambulancích: (psychiatrie, psychologie, neurologie, plicní, diabetologie, kardiologie, urologie, zubní, adiktologie apod.). Pokud ano, prosíme přiložit kopie posledních lékařských zpráv.		
NE		
ANO – vypsát konkrétní		
9. Další důležité údaje		
10. Doporučení k poskytování služby na:		
		<i>*zaškrtněte pouze 1 možnost</i>
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory, jehož cílovou skupinou jsou senioři nad 65 let, kteří mají <u>sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku</u> a jejichž nepříznivá sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby a není možné ji zvládat v domácím prostředí.		
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem, jehož cílovou skupinou jsou osoby nad 60 let s <u>Alzheimerovou chorobou a ostatním typy demence</u> , jejichž nepříznivá sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoci druhé osoby a není možné ji zvládat v domácím prostředí.		
TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRÁZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI		
Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do pobytové sociální služby Domova seniorů Burešov, p. o. a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se žadatelem.		
Datum:		
Razítko a podpis lékaře:		

Informační povinnost správce – žadatel

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Zástupce:
(soudem ustanovený nebo na základě plné moci)

V souladu se zásadou transparentnosti dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016 (dále jen Nařízení), o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) Vás jako správce údajů informuje o tom, jaké osobní údaje o Vaší osobě jako subjektu údajů zpracováváme.

Jedná se o tyto osobní údaje a zvláštní kategorii osobních údajů:

jméno a příjmení, datum narození, adresa, telefonní číslo, rodné číslo, jméno a příjmení praktického lékaře, informace o zdravotním stavu.

Tyto osobní údaje potřebujeme v souvislosti se zpracováním Vaší žádosti o poskytování sociální služby, kterou jste u nás podala/a.

Osobní údaje jsou zpracovány v listinné a elektronické podobě a podléhají kontrole zabraňující případnému zneužití.

Osobní údaje se po ukončení evidence žádosti uchovávají dle lhůt uvedených ve Spisovém a skartačním řádu organizace a po uplynutí této lhůty dojde k jejich skartování.

Osobní údaje mohou být zpřístupněny třetím subjektům, kteří disponují zákonnou pravomocí vyžadovat předání předmětných osobních údajů.

Máte právo za podmínek uvedených v Nařízení na přístup ke svým osobním údajům, právo na opravu, právo na výmaz, právo na omezení zpracování (tj. zdržení se jakéhokoliv zpracování mimo uchování údajů), právo na přenositelnost osobních údajů (tj. na vydání zpracovávaných údajů v běžně používaném a strojově čitelném formátu), právo vznést námitku, právo nebýt předmětem automatizovaného rozhodnutí, právo podat stížnost u dozorového úřadu.

Ve Zlíně dne

Podpis osoby nebo zástupce:

Informační povinnost správce – kontaktní osoba

**Jméno a příjmení
kontaktní osoby:**

Bydliště:

**Jméno a příjmení
žadatele:**

V souladu se zásadou transparentnosti dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016 (dále jen Nařízení), o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) Vás jako správce údajů informujeme o tom, jaké osobní údaje o Vaší osobě jako subjektu údajů zpracováváme.

Jedná se o tyto osobní údaje:

jméno a příjmení, adresa, telefonní číslo, emailová adresa

Tyto osobní údaje zpracováváme za účelem kontaktování Vaší osoby v souvislosti se zpracováním žádosti o poskytování sociální služby v našem zařízení, kterou podala Vaše blízká osoba.

Osobní údaje jsou zpracovány v listinné a elektronické podobě a podléhají kontrole zabráňující případnému zneužití.

Osobní údaje se po ukončení evidence žádosti uchovávají dle lhůt uvedených ve Spisovém a skartačním řádu organizace a po uplynutí této lhůty dojde k jejich skartování.

Osobní údaje mohou být zpřístupněny třetím subjektům, kteří disponují zákonnou pravomocí vyžadovat předání předmětných osobních údajů.

Máte právo za podmínek uvedených v Nařízení na přístup ke svým osobním údajům, právo na opravu, právo na výmaz, právo na omezení zpracování (tj. zdržení se jakéhokoliv zpracování mimo uchování údajů), právo na přenositelnost osobních údajů (tj. na vydání zpracovávaných údajů v běžně používaném a strojově čitelném formátu), právo vznést námitku, právo nebýt předmětem automatizovaného rozhodnutí, právo podat stížnost u dozorového úřadu.

Ve Zlíně dne Podpis kontaktní osoby:

