



ŽÁDOST
O PŘIJETÍ DO CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HRABYNĚ
747 67 Hrabyně 3/202

CENTRUM SOCIÁLNĚ REHABILITAČNÍCH SLUŽEB HLUČÍN

SOCIÁLNÍ REHABILITACE (7964358)
(pobytová forma)

Číslo jednací	
---------------	--

Došlo dne:

1. ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno a příjmení			
Rodné příjmení		Stav	
Datum narození		Místo narození	
Rodné číslo *		Číslo OP	
Státní příslušnost		Zdrav.pojišťovna	
Adresa			
Kontaktní adresa			
Telefon		E-mail	
Druh příjmu	<input type="checkbox"/> Invalidní důchod pro invaliditu <input type="checkbox"/> Starobní důchod <input type="checkbox"/> Dávky nemocenského pojištění <input type="checkbox"/> Dávky hmotné nouze <input type="checkbox"/> Jiné (jaké)..... <input type="checkbox"/> Bez příjmu	Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> I.stupeň (880,- Kč) <input type="checkbox"/> II.stupeň (4.400,- Kč) <input type="checkbox"/> III.stupeň (8.800,- Kč) <input type="checkbox"/> IV.stupeň (13.200,- Kč) <input type="checkbox"/> Příspěvek v řízení <input type="checkbox"/> Bez příspěvku

* uvedení rodného čísla je dobrovolný údaj

2. KONTAKTNÍ OSOBA / NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÝ

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-maii	

3. OPATROVNÍK

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

4. DALŠÍ KONTAKTNÍ OSOBA

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

K ŽÁDOSTI DÁLE PŘILOŽTE NÁSLEDUJÍCÍ DOKUMENTY:

- ✓ vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce,
- ✓ výsledek vyšetření na bacilonosičství a TBC,
- ✓ psychologické vyšetření nebo psychiatrické vyšetření,
- ✓ kopii Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, pokud je žadatel příjemcem tohoto příspěvku
- ✓ kopii Rozsudku okresního soudu o změně způsobilosti k právním úkonům a kopii Usnesení o ustanovení opatrovníka, (kopii Rozhodnutí okresního soudu o změně svéprávnosti a ustanovení opatrovníka), pokud má žadatel ustanoveného opatrovníka

POKUD JE ŽADATEL UMÍSTĚN V ZAŘÍZENÍ

Název zařízení			
Adresa			
Kontaktní osoba (soc. pracovník, staniční sestra,...)		Telefon/E-mail	
Kontaktní osoba (soc. pracovník, staniční sestra,...)		Telefon/E-mail	

PROČ CHCI BÝT PŘIJAT:

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Zároveň se zavazuji k aktualizaci informací sdělených v žádosti.

SOUHLAS ŽADATELE

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, **v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 O ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“)**, a rodného čísla podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů, do evidence žadatelů o sociální službu v Centru sociálních služeb Hrabyně.

Žadatel bere na vědomí, že Centrum sociálních služeb (Poskytovatel) může jako správce zpracovávat osobní údaje fyzických osob vystupujících na straně uživatelů (identifikační a kontaktní údaje) jakožto subjektů údajů, a naopak, a to pro účely plnění na základě této žádosti a vnitřní evidenci správce a ochranu jeho práv.

Osobní údaje budou zpracovávány pro účel plnění na základě této žádosti po dobu plnění ze strany Poskytovatele na základě této žádosti a po dobu nejdéle 10 let po ukončení plnění na základě této žádosti.

Subjekty údajů jsou oprávněny požadovat přístup k jejich osobním údajům, požadovat opravu, doplnění či výmaz osobních údajů, požadovat omezení zpracování osobních údajů, požadovat vysvětlení zpracování osobních údajů, vznést námitku proti zpracování osobních údajů, využít práva na přenositelnost osobních údajů a využít práva podat stížnost proti zpracování osobních údajů k Úřadu pro ochranu osobních údajů.

.....
datum

.....
podpis žadatele

.....
podpis opatrovníka

ZVLÁDÁNÍ SEBEOBSLUHY, SOBĚSTAČNOST

Prosíme, označte křížkem způsob, jakým V SOUČASNÉ DOBĚ zvládáte tyto úkony

druh úkonu	ANO	S POMOCÍ	NE
příprava stravy			
podávání, porcování stravy			
přijímání stravy, dodržování pitného režimu			
mytí obličeje a rukou			
koupání nebo sprchování			
péče o ústa, vlasy, nehty, holení			
výkon fyziologické potřeby včetně hygieny			
vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh			
sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě			
stání, schopnost vydržet stát			
přemisťování předmětů denní potřeby (hrnek, peněženka, taška,...)			
chůze po rovině			
chůze po schodech nahoru a dolů			
výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení			
oblékání, svlékání, obouvání, zouvání			
orientace v přirozeném prostředí (okolí bydliště)			
provedení si jednoduchého ošetření (náplast, mast)			
dodržování léčebného režimu (pravidelné užívání léků, apl. inzulínu,..)			
komunikace slovní, písemná, neverbální			
orientace vůči jiným lidem, v čase a mimo přirozené prostředí			
nakládání s penězi nebo jinými cennostmi			
obstarávání osobních záležitostí (úřady,..)			
uspořádání času, plánování života			
zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku (volnočasové aktivity, koníčky,..)			
obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)			
vaření, ohřívání jednoduchého jídla			
mytí nádobí			
běžný úklid v domácnosti			
péče o prádlo			
přepírání drobného prádla			
péče o lůžko (ustýlání, převlékání,..)			
obsluha běžných domácích spotřebičů			
manipulace s kohoutky a vypínači			
zamykání, otevírání, zavírání dveří a oken			
udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady			



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HRABYNĚ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE:

DATUM NAROZENÍ:.....

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

Diagnózy (lze nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice)

Objektivní nález (status praesens generalis; v příp. orgánového postižení i status localis)

ŽADATELPoznámky
*specifikace

je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE	
je schopen sebeobsluhy	ANO	NE	
je inkontinentní	ANO	NE	
používá kompenzační pomůcky	ANO*	NE	*
užívá polohovací postel	ANO	NE	
trpí psychiatrickým onemocněním	ANO*	NE	*
má diagnostikovanou Alzheimerovou chorobu	ANO	NE	
trpí chronickým duševním onemocněním	ANO*	NE	*
je závislý na návykových látkách nebo alkoholu	ANO	NE	
je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu vyžadující intenzivní vysoce odbornou péči	ANO	NE	
je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO	NE	
vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO*	NE	
je v péči specializovaného odd. zdrav. zařízení	ANO	NE	
potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou	ANO*	NE	*
má předepsanou dietu	ANO*	NE	*
má mentální postižení	ANO	NE	

DUŠEVNÍ STAV:

Současná terapie a její dávkování:

T.č. u žadatele není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí.

.....
datum

.....
razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil

Praktický lékař	
Adresa	

E-mail		Tel.	
--------	--	------	--