|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum podání žádosti:(podací razítko)Počet listů: .…….….. Počet příloh: ….……… |  | Vyřizuje: …………………………... |

|  |
| --- |
| Žadatel: |
| ………………………………………………………………………………………………….………….Jméno příjmení titul Datum narození …………………………**……………………………………………………………………………………**Adresa trvalého bydliště *(pokud není Praha nebo Středočeský kraj, dále nepokračujte, žadatel by nebyl naší cílovou skupinou)*………………………………………………………………………………………………………………...Adresa současného bydliště (doručovací adresa)……………………………………………………………………………………………………………...Telefon e-maill občanství národnost |

|  |
| --- |
| **Žádost o umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením****LEONTÝN****Služba: Domov pro osoby se zdravotním postižením***(cílová skupina dospělé osoby s mentálním postižením bez poruchy chování)* |

|  |
| --- |
| Svéprávnost (zaškrtněte): |
| Žadatel je: svéprávný omezen ve svéprávnosti svéprávnost je v řízení soudu  |

|  |
| --- |
| Kontaktní osoba: |
| ………………………………………………………………………………………………………………...Jméno příjmení ……………………………………………………………………………………………………………….. Adresa………………………………………………………………………………………………………………..Telefon e-maill Vztah k žadateli: opatrovník, jiný: ………….……………………………………………………..……… |

|  |
| --- |
| Proč chce žadatel využívat sociální službu, očekávání: |
|  |

|  |
| --- |
| Kde teď žijete (zaškrtněte): |
| ve společné domácnosti, sám nebo s kým: ………………………………………………………………ve zdravotnickým zařízení, kde: ………………………………………………………………………….v jiném sociálním zařízení, kde: …………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Příspěvek na péči (zaškrtněte): |
| Přiznaný příspěvek na péči ano v  I. II. III. IV. stupni ´ ne  mám požádáno |

|  |
| --- |
| Druh důchodu (zaškrtněte): |
| invalidní 1. st. 2. st. 3. st. starobní žádný  |

|  |
| --- |
| Mobilita (zaškrtněte): |
| chodím samostatně používám chodítko používám invalidní vozík jsem jen na lůžku |

|  |
| --- |
| Upozornění pro žadatele: |
| K žádosti je nutné doložit vyplněný a lékařem potvrzený Lékařský posudek o zdravotním stavu žadatele vydaný naším zařízením, jinak nebude žádost posouzena.V případě, že bude žádost posouzena, že je žadatel cílovou skupinou sociální služby, ale nebude volné místo, je možné žádost zařadit do evidence žadatelů o umístění (pořadníku). **Informace o zpracování osobních údajů žadatele o umístění v Domově pro osoby se zdravotním postižením Leontýn**Správcem zpracování osobních údajů je Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn, Roztoky 52, 270 23 Křivoklát, IČO: 70874387 (dále též „Domov“). Informace poskytované v případech, kdy jsou/nejsou osobní údaje získávány od subjektu údajů, jsou uvedeny na webových stránkách Domova pro osoby se zdravotním postižením Leontýn nebo u ředitelky tohoto domova. Do dokumentace budou nahlížet osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, sociální pracovník a ředitel zařízení v rozsahu nezbytném pro splnění konkrétního úkolu. |

**Níže prosím vyberte, jak má být s žádostí a jejími přílohami naloženo:**

Požaduji a souhlasím, aby byla po provedení rozhodnutí o umístění, v případě neumístění žadatele do zařízení, žádost o umístění (*vyberte jednu variantu*):

* Vrácena zpět žadateli
* Ponechána v evidenci žadatelů o umístění (pořadníku) do ………………….
* Skartována, nezařazována do složky žadatelů (pořadníku)

|  |
| --- |
| Prohlášení žadatele, zákonného zástupce: |
| ***Poznámka:*** *Souhlas se zpracováním osobních údajů může žadatel kdykoli písemně odvolat nebo upravit dobu platnosti souhlasu. Odvoláním nebo úpravou doby platnosti souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházející z uděleného souhlasu, až do doby jeho odvolání nebo změny. Pokud nebude součástí žádosti o prodloužení platnosti nebo zrušení souhlasu i žádost o vrácení, bude žádost v souladu se skartačním řádem Domova skartována, a to včetně lékařského posudku popř. zdravotních zpráv. Na aktuálnost údajů ze žádosti založené do složky žadatelů (pořadníku), si Domov vyhrazuje právo se min.* *1 x ročně dotazovat.*Požaduji a souhlasím, aby byl po provedení rozhodnutí o umístění lékařský posudek popř. zdravotní zprávy (*vyberte jednu variantu*): * Vrácen zpět žadateli
* ponechán v evidenci žadatelů o umístění u žádosti do: ………………..
* Skartován

***Poznámka:*** *Souhlas se zpracováním osobních údajů (ponechání lékařského posudku popř. zdravotních zpráv v evidenci žadatelů) může žadatel kdykoli písemně odvolat nebo upravit dobu platnosti souhlasu. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházející z uděleného souhlasu, až do doby jeho odvolání. Pokud nebude součástí žádosti o zrušení souhlasu i žádost o vrácení, bude lékařský posudek popř. zdravotní zprávy v souladu se skartačním řádem Domova skartován.*Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě a že jsem byl seznámen s podmínkami a účelem zpracování osobních údajů uvedených v této žádosti.  ………………………………………………………………………… Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníkaV ………………………………………………… dne …………………………………… |

|  |
| --- |
| Přílohy žádosti: |
| 1. Lékařská zpráva praktického lékaře – viz. přiložený tiskopis.
2. Zpráva odborného lékaře (psychiatra) pokud jej žadatel navštěvuje nebo je z lékařské zprávy patrno, že je vyšetření pro posouzení žádosti nezbytné.
 |

|  |
| --- |
| Průběh vyřizování žádosti: |
| 1. Zahájení řízení: ………………………..……………………………………..
2. Členové komise: ředitelka: ………………………………………………………………

 soc. pracovnice: ……………………………………………………………… ved. zdrav.sestra.: …….………………………………………………………..1. Místní šetření dne: ……………………. Provedl: ……………………………………………..

 Doporučení k poskytnutí sociální služby: ANO – NE (výsledek šetření – příloha)1. Oznámení o neposkytnutí služby: ………………………………………………………
2. Výzva k podepsání smlouvy: ………………………………………………………
3. Oznámení o zařazení do pořadníku: ………………………………………………………

 - zjištění aktuálnosti žádosti: ……………………………………………………… ……………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře k umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením****LEONTÝN****Služba: Domov pro osoby se zdravotním postižením** |

|  |
| --- |
| Žadatel: |
| ……………………………………………………………………………………………………..…………Jméno příjmení titul ………………………………………………………………………………………………………………..Datum narození zdravotní pojišťovna………………………………………………………………………………………………………………Adresa trvalého bydliště |

|  |
| --- |
| Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): |
|  |

|  |
| --- |
| Objektivní nález /status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status peŕaenses localis): |
|  |

|  |
| --- |
| Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): |

|  |
| --- |
| Diagnóza (česky): |
| a) hlavní: Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu:b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: |

|  |
| --- |
| Další údaje: |
| Je žadatel 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 zdravotní ošetření sestrou trvale ANO NE \*) občas ANO NE \*)Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického, interního, Poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)Potřebuje zvláštní péči – jakou:Akutní infekční onemocnění: ANO NE \*) …………………………………..Další speciální údaje (např. HbsAg, TBC, jiná bacilonosičství: ……………………………………………\*¨nehodící se škrtněte |

|  |
| --- |
| Potvrzení lékaře: |
| Dne: …………………………………. ……………………………………….. podpis vyšetřujícího lékaře  …………………………………………. razítko lékaře, zařízení |