|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 se zvláštním režimem**  *(cílová skupina dospělé osoby s nízko funkčním autismem)* |

|  |
| --- |
| 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, opatrovníka  V ………………………………………………… 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. 3. Zprávu z diagnostického vyšetření autismu |

|  |
| --- |
| 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 se zvláštním režimem** |

|  |
| --- |
| 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 |