

Pořadové číslo:

datum přijetí:

ŽÁDOST O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU - DOMOV PRO SENIORY

(§ 49 zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

ŽADATEL

 Jméno a příjmení, rodné příjmení: MARIE ČTVRTEČKOVÁ SKRHOVÁ

 Datum a místo narození (den, měsíc, rok): 15.12.1943, Heřmanův Městec

 Kontakt (telefon; e-mail): 736 108 198

 Adresa trvalého bydliště: KVASINY 159, 517 02

 Místo současného pobytu: HIROŠKA 6, 518 01 DOBRUŠKA

 Korespondenční adresa: KVASINY 159, 517 02

 Státní občanství: ČR

Příspěvek na péči (pokud ano, uveďte stupeň, datum přiznání a č.j. rozhodnutí):

ZTP, 900,- Kč

 Jméno, příjmení a telefon na praktického lékaře: MUDr. Jiří Popr
494 596 197

 Zdravotní pojišťovna: 209

 Omezení svéprávnosti: Ne

Ano - doložit soudním rozhodnutím, jméno zákonného zástupce

Jiná podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat:

 Předběžné prohlášení ne ano

 Nápomoc při rozhodování ne ano

 Zastoupení členem domácnosti ne ano

 Plná moc ne ano

(ověřená „Plná moc pro zajištění poskytování pomoci o moji osobu“, doplněna podpisem svědka - nejlépe dalšího rodinného příslušníka)

 Je-li v některém případě uvedeno ano - **Doložit** ověřenou kopií Prohlášení, Smlouvy o nápomoci, Dohody o zastupování, Plné moci

KONTAKTNÍ OSOBA - nepovinný údaj

(žadatel uvádí kontaktní osobu v případě, že souhlasí, aby uvedená kontaktní osoba jeho jménem jednala ve věci podání žádosti o pobytovou sociální službu - Domov pro seniory)

 Jméno a příjmení: MARIE ČTVRTEČKOVÁ

 Telefon a e-mail: 739 806 241, marie.cvrteckova@senam.cz

ODŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI - POPIS NEPŘÍZNIVÉ SITUACE ŽADATELE (zdravotní omezení, sociální situace, poskytovatelé pomoci)

Chodím o dvou FH, po operaci kyčle,
Potřebuji pomoc při vaření, úklidu

Součástí žádosti je řádně vyplněné **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu - Domov pro seniory.**

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM A POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ (poučení žadatele)

Já, níže podepsaná/-ý MARIE Č. TVRTEČKOVÁ, nar. 17.12.1943 jako žadatel sociální služby poskytované organizací PRO-SEN sociálně zdravotní služby, o.p.s. (dále jen „správce“) jako poskytovatelem, beru na vědomí níže uvedené poučení a výslovně souhlasím se zpracováním, poskytnutím a zpřístupněním dále uvedených osobních údajů při činnosti poskytovatele při zpracování Žádosti o umístění v Domově pro seniory (dále je „žádost“).

Zpracování osobních údajů subjektu údajů, kterým je žadatel sociální služby (dále jen „žadatel“) správcem, kterým je poskytovatel sociální služby (dále jen „poskytovatel“) se řídí Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES („Nařízení GDPR“).

Žadatel dává souhlas s poskytnutím osobních údajů, a to včetně údajů citlivých (údaje o zdravotním stavu, příspěvku na péči), s jejich zpracováním, uchováváním a zpřístupněním po dobu evidence žádosti, popř. poskytování sociální služby a činnosti s tím související.

Příjemce bere na vědomí, že osobní údaje jsou dostupné pracovníkům, kteří jsou v kontaktu s žadatelem služby (sociální pracovníce, ředitelka, vedoucí zdravotního úseku). Osobní údaje budou zpracovávány elektronicky a v listinné podobě, po celou dobu evidence žádosti, popř. poskytování sociální služby.

Správce prohlašuje, že přijal přiměřená a vhodná technická a organizační opatření, která předejdou k zneužití či ztrátě těchto osobních a citlivých osobních údajů.

Dne: 3.5.2023 V: Marije Č. Tvrtečková

Podpis žadatele, příp. opatrovníka (zákonného zástupce)

U občanů s trvalým bydlištěm mimo Rychnov nad Kněžnou a městských částí (Lipovka, Lokot, Litohrady, Městská a Panská Habrová, Končiny, Dlouhá Ves, Roveň, Jámy, Dubno), bude v případě umístění žadatele do Domova pro seniory, požadována jednorázová finanční spoluúčast obce, ve které má žadatel ke dni podání žádosti evidováno trvalé bydliště. Jednorázová finanční dotace bude použita na pokrytí části nákladů vynaložených k zajištění Domova pro seniory.

Razítko a podpis obce, že tuto informaci bere na vědomí.

Dne:..... V:.....

.....
razítko obce a podpis oprávněné osoby

