**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY**

|  |
| --- |
| **Datum podání žádosti:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobní údaje zájemce o službu** | Jméno a příjmení: |
| Datum narození: |
| Trvalé bydliště: |
| Telefon, e-mail: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontaktní osoby** | Jméno a příjmení: | Kontakt: telefon, e-mail: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Omezení svéprávnosti (hodící se zakřížkujte):**

* Ano
* Ne

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktní údaje opatrovníka** | Jméno a příjmení:  |
| Adresa:  |
| Kontakt: telefon, e-mail:  |

V případě omezení svéprávnosti, doložte, prosím, fotokopii listiny ustanovující opatrovníka nebo

smlouvu o zastupování (plnou moc).

**Z jakého důvodu chcete využívat pobytovou odlehčovací službu v SeniorCentru v Kolíně?**

|  |
| --- |
|  |

 **V jakém termínu a na jak dlouho máte o službu zájem?**

|  |
| --- |
|  |

**Jaká jsou vaše očekávání od naší služby (čeho chcete jejím prostřednictvím dosáhnout)?**

|  |
| --- |
|  |

* **Kdo Vám v současnosti pomáhá nebo o Vás pečuje?**
* **rodina**
* **žiju v zařízení sociálních služeb**
* **jiné osoby**
* **rodina a také docházím do zařízení sociálních služeb**
* **jiné (asistent, pečovatelská služba…), uveďte jaké……………………………………………………………………….**

**Popište Váš běžný den (kdy vstáváte, co děláte přes den, kdy chodíte spát, apod.)**

|  |
| --- |
|  |

**Vyžadujete pravidelnou zdravotní péči (podávání, aplikace léků; převazy; jiné)?:**

* Ano
* Ne

V případě že je Vaše odpověď „Ano“ je nezbytně nutné při nástupu doložit „**Poukaz ošetřovatelské a rehabilitační péče**“ (ORP), který vystaví Váš praktický lékař.

**Pohybujete se pomocí invalidního vozíku?**

* Ano
* Ne

**Používáte jiné kompenzační pomůcky? Vypište jaké. (chodítko, naslouchátko, brýle, zubní protéza apod.)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Popište jakou pomoc a podporu od nás budete potřebovat, v jakém rozsahu a jak často:**

|  |
| --- |
|  |

**Potvrzení lékaře:**

|  |
| --- |
| **Žadatel o pobytovou odlehčovací službu netrpí žádným infekčním onemocněním, nepotřebuje pravidelnou nebo nepřetržitou lékařskou péči a je schopen soužití v kolektivu. Popř. další sdělení rozhodná pro pobyt v pobytové odlehčovací službě:****Datum: Jméno, razítko a podpis praktického, nebo ošetřujícího lékaře** |

V případě plné kapacity:

**žádám / nežádám** o zařazení do evidence žadatelů o odlehčovací sociální službu v SeneCura SeniorCentrum Kolín

**Prohlášení žadatele (opatrovníka / zástupce) a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů:**

Byl/a jsem informován/a o postupu při jednání se zájemcem o sociální službu. Zároveň dávám svým podpisem souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých osobních údajů a to až do doby jejich archivace a skartace dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 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 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů; dále jen „GDPR“) a dle zákona o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů č. 101/2000 Sb. a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel. Jedná se zejména o jméno, příjmení, datum narození, trvalé bydliště a potřeby vyplývající ze zdravotního stavu vzhledem k dojednávaným službám.

Byl/a jsem obeznámen/a o mém právu nahlížet do dokumentace, která je v SC Kolín o mé osobě vedena.

Dále prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a jsou pravdivé a žádné jsem nezamlčel/a.

Podpis zájemce, příp. opatrovníka

V……………………………………. dne …………………………………….

*Vyplněnou žádost zašlete, prosím, e-mailem na adresu:* *kolin@senecura.cz* *nebo osobně či poštou na adresu SeneCura SeniorCentrum Kolín, Smetanova 1000, 280 01 Kolín.*

*Po obdržení Vaší žádosti Vás budeme co nejdříve kontaktovat, abychom zahájili proces jednání se zájemcem.*