

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DENNÍ STACIONÁŘ
PRO OSOBY S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
VČETNÉ OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

Centrum pro zdravotně postižené děti a mládež - SRDÍČKO - IČ 70854165

Revoluční 1845/30 a 1846/32, 412 01 Litoměřice

Tel. +420 734 587 051, +420 739 322 236, E-mail: centrumsrdicko@centrumsrdicko.cz

Den podání žádosti (vyplní poskytovatel) _____

Evidenční číslo žádosti (vyplní poskytovatel) _____

Žadatel V případě, že je žadatel nezletilý či omezen ve svéprávnosti a je soudem určen opatrovník, popř. opatrovník je určen pouze pro úkony uzavírání smluvních vztahů nebo je soudem ustanovený pro tato účely zastupující člen domácnosti, vyplňují spolu se žadatelem žádost zákonní zástupci či opatrovník nebo zastupující člen domácnosti

Příjmení _____ **Jméno** _____

Datum narození _____

Trvale bytem _____

Fakticky bytem _____

Telefon _____ **E-mail** _____

V případě, že je žadatel nezletilý, prosíme uvést zákonné zástupce žadatele

Matka

Příjmení _____ **Jméno** _____

Trvale bytem _____

Fakticky bytem _____

Telefon _____ **E-mail** _____

Otec

Příjmení _____ **Jméno** _____

Trvale bytem _____

Fakticky bytem _____

Telefon _____ **E-mail** _____

V případě, že je žadatel omezen ve svéprávnosti, popř. má určeného opatrovníka či soudem ustanoveného zastupujícího člena domácnosti, prosíme uvést opatrovníka nebo zastupujícího člena domácnosti

Opatrovník, soudem určený zastupující člen domácnosti

Příjmení _____ **Jméno** _____

Trvale bytem _____

Fakticky bytem _____

Telefon _____ **E-mail** _____

Svéprávnost či omezení ve svéprávnosti žadatele

Žadatel je svéprávný ANO Žadatel je omezen na svéprávnosti ANO

V čem byl žadatel omezen _____

Rozhodnutím kterého soudu _____
ze dne _____ právní moc dne _____
č.j. _____

Den požadovaného přijetí žadatele do sociální služby denní stacionář

Prosíme uveďte důvody, které Vás vedou k podání žádosti o přijetí _____

Typ zdravotního postižení dle vyjádření žadatele

Mentální postižení ANO

Kombinované postižení ANO

Porucha autistického spektra ANO

Další přidružená postižení ANO NE

Tělesné postižení ANO

Sluchové postižení ANO

Zdravotní postižení ANO

Zrakové postižení ANO

Jiné, prosíme upřesnit ANO

Žadatel je schopen							
Chůze bez cizí pomoci	ANO		ČÁSTEČNĚ		NENÍ SCHOPEN		
Oblékání a svlékání bez cizí pomoci	ANO		ČÁSTEČNĚ		NENÍ SCHOPEN		
Přijímání stravy bez cizí pomoci	ANO		ČÁSTEČNĚ		NENÍ SCHOPEN		
Forma stravy	běžná		krájená		mletá		
Zajištění osobní hygieny bez cizí pomoci	ANO		ČÁSTEČNĚ		NENÍ SCHOPEN		
Schopnost výkonu fyziologické potřeby	ANO		ČÁSTEČNĚ		NENÍ SCHOPEN		
Pokud žadatel potřebuje zvláštní péči, prosíme uveďte jakou							
Žadatel potřebuje kompenzační pomůcky, které omezují jeho pohyb				ANO		NE	
Pokud žadatel potřebuje kompenzační pomůcky, které omezují							
Stupeň závislosti (jedná se o obvolně uvedený údaj)	I.		II.		III.		IV.
Osobní záliby žadatele							
Předchozí umístění v jiném sociálním zařízení	ANO		V jakém				
	NE						
Další důležitá sdělení							
Zdravotní stav žadatele, dle vyjádření žadatele							
Zdravotní komplikace, problémy	ANO		NE				
Jak se projevují							
Záchvatové stavy	ANO		NE		NĚKDY		
Jak se projevují							
Intenzita							
Postup v případě záchvatu							
Žadatel potřebuje asistenci se zvládnutím brát pravidelně léky v době poskytování služby	ANO		NE				
V jakém rozsahu, uveďte konkrétně							
Žadatel musí dodržovat dietní stravu	ANO		NE		ČÁSTEČNĚ		
Uveďte konkrétně dietu či omezení stravy							
Alergie	ANO		NE				
Uveďte výčet alergií							
Prohlášení žadatele nebo zákonných zástupců, popř. opatrovníka nebo soudem určeného zastupujícího člena domácnosti							
Žadatel tímto bere na vědomí, že po dobu poskytování sociální služby denní stacionář nemohou být od poskytovatele vyžadovány zdravotní úkony.							
Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) podle skutečnosti.							

V souladu s platnými právními předpisy, zejména v rámci 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, a zákon č. 110/2019, o zpracování osobních údajů, v platném znění (vše obecné nařízení o ochraně osobních údajů, dále jen „GDPR“) tímto dávám informovaný souhlas se zpracováním, uchováním a používáním osobních údajů včetně osobních údajů zvláštní kategorie, a dále souhlasím, aby údaje v tomto dokumentu byly použity pro účely projednání přijetí do sociální služby Denní stacionář, popř. následně pro účely poskytování této služby.

Datum	
-------	--

Podpis/y	
----------	--

Požadavek žadatele ohledně přijetí či nepřijetí

Žadatel chce zaslat písemné sdělení o přijetí nebo nepřijetí	ANO		NE	
--	-----	--	----	--

Pokud žadatel požaduje písemné sdělení,
prosíme uveďte adresu doručení

Zadatel chce místo písemného sdělení zkontaktovat telefonicky na čísle	ANO		NE	
--	-----	--	----	--

Přílohy:	
-----------------	--

Doklad totožnosti žadatele, v případě nezletilého žadatele jeho zákonného zástupce či v případě omezení svéprávnosti žadatele jeho opatrovníka či soudem určeného zastupujícího člena domácnosti – pouze k	
--	--

Rozsudek /usnesení soudu v rámci omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka - kopie	
--	--