

Žádost o zahájení poskytování sociální služby

Jméno, příjmení a titul žadatele:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Státní občanství:

Bydliště včetně PSČ:

Telefon:

Email:

Jste aktuálně pacientem ve zdravotnickém zařízení? ano ne

Jste aktuálně klientem jiného sociálního zařízení? ano ne

V jakém – adresa:

Praktický lékař:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Kontaktní osoby (příbuzní apod. - telefon, příp. mail nebo adresa) a s kým především komunikovat:

Domov Unhošť, poskytovatel sociálních služeb

Berounská 500, 273 51 Unhošť

Název dokumentu:

Žádost o zahájení poskytování sociální služby

číslo:

F 3 - 3

Účinnost od : 1.1.2022

verze: 3

Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům (nutno přiložit kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o stanovení opatrovníka)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Souhlasím nesouhlasím se zařazení do evidence žadatelů o službu v případě, že k datu podání žádosti není aktuálně volné místo. Tento souhlas mohu kdykoli odvolat. Souhlasím s poskytnutím všech požadovaných příloh. Dále svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby pověření pracovníci Domova Unhošť, poskytovatele sociálních služeb, sbírali mé osobní a rodinné údaje nezbytné pro poskytnutí pobytové sociální služby a zpracovávali dle **Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 98/46/ES- dále jen GDPR** až do doby skartace spisu.

Datum:

Podpis žadatele:
(nebo zákonného zástupce)**Kontaktní osoby:****Mgr. Jaroslav Foist****Zuzana Mudráková, DiS.****Veronika Killichová****tel. 312 698 406; mob. 774 412 140, 725 438 990, 725 994 537****email: socprac@ddunhost.cz****Cílová skupina osob:**

senioři ve věku od 65 let výše

Pobytová sociální služba je určena osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci, z důvodu snížené soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního stavu a sociální situace a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, která nemůže být zabezpečena osobami blízkými ani terénním či ambulantními sociálními službami. Zdravotní stav osob, kterým jsou služby poskytovány nevylučuje poskytnutí takovéto služby dle zákona o sociálních službách.

Požadované přílohy:

Vyjádření lékaře (až na základě vzájemné dohody)

Lékařský posudek (před přijetím žadatele – bude domluveno)

Písemné prohlášení každé kontaktní osoby uvedené v žádosti