

Žádost o zahájení poskytování sociální služby

Jméno, příjmení a titul žadatele:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Bydliště včetně PSČ:

Charakteristika bydliště (zaškrtněte možnosti, popř.doplňte)

Bydlím: v rodinném domě – v bytě - -sám – ve společné domácnosti (uved'te s kým-příbuz. Vztah)

Telefon:

Email:

Je poskytována pečovatelská služba? ano ne

Je žadatel umístěn v jiném zařízení? ano ne

V jakém – adresa:

Praktický lékař:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Domov Unhošť, poskytovatel sociálních služeb

Berounská 500, 273 51 Unhošť

Název dokumentu:

Žádost o zahájení poskytování sociální služby

číslo:

F 3 - 2

Účinnost od : 1.7. 2018

verze: 2

Kontaktní osoby (příbuzní apod. - telefon, příp. mail nebo adresa):**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 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**
Kateřina Saimi Froňková Dis
tel. 312 698 406
mob. 774 412 140
email. socprac@ddunhost.cz**Cílová skupina osob:**senioři ve věku od 65 let výše
senioři, kteří jsou ještě při hlavních úkonech soběstační
senioři s poruchou hybnosti, vnímání, komunikace
senioři se sníženou fyzickou aktivitou, soběstačností a sebe péčí
manželské dvojice, druh-družka**Požadované přílohy:** Vyjádření lékaře

Písemné prohlášení každé kontaktní osoby uvedené v žádosti