|  |  |
| --- | --- |
| **Žádost o poskytování sociální služby** **Domov se zvláštním režimem** **Domov pro osoby se zdravotním postižením** **Chráněné bydlení** | **Datum přijetí žádosti:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobní údaje****žadatele** | **Jméno, příjmení a titul:** |
| **Datum narození:** |
| **Adresa trvalého bydliště:** |
| **Místo aktuálního pobytu žadatele** *(např. bydliště rodinného příslušníka nebo adresa sociálního či zdravotnického zařízení, kde bude možné zájemce osobně navštívit)***:** |
| **Telefon na žadatele** *(prosíme, neuvádějte do této rubriky kontakty na rodinné příslušníky)***:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opatrovník**(vyplní opatrovník u žadatele omezeného ve svéprávnosti) | **Jméno, příjmení a titul:** |
| **Číslo a datum nabytí právní moci Rozsudku soudu o omezení ve svéprávnosti a jmenování opatrovníka:***Nutno doložit fotokopii Rozsudku soudu*  |
| **Adresa:** **Kontaktní údaje (telefon, e-mail):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zmocněnec**(osoba, kterou na základě ověřené plné moci zmocní žadatel o službu k vyřizování jeho záležitostí)*Nevyplňuje se v případě ustanovení opatrovníka* | **Jméno, příjmení a titul:** |
| **Vztah k žadateli:** |
| **Adresa:****Kontaktní údaje (telefon, e-mail):** |
| **Kontaktní osoba**(v případě, že žadatel nemá opatrovníka a žadatelův zdravotní stav mu nedovoluje udělit plnou moc) | **Jméno, příjmení a titul:**  |
| **Adresa:****Kontaktní údaje (telefon, e-mail):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Příspěvek na péči** | ⬜ ano, byl přiznán stupeň ... ⬜ bylo zažádáno o přiznání příspěvku na péči⬜ ne, nebylo zažádáno |
|  |

**Prohlášení žadatele:**

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

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a nařízením EU č. 2016/679 (GDPR), svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů a zvláštní kategorie osobních údajů, které jsou nezbytné pro zajištění kvalitní a bezpečné sociální služby.

*datum a podpis žadatele*

*(opatrovníka nebo zmocněnce)*

*Přílohy:*

*1. Vyjádření lékaře pro účely žádosti*

*2. Fotokopie Rozsudku soudu (v případě, že je žadatel omezený ve svéprávnosti)*

*3. Plná moc (v případě, že žadatel udělí plnou moc druhé osobě k zastupování při podání žádosti a následnému poskytování sociální služby. Plná moc musí být úředně ověřená.)*

*4. Souhlas se zpracováním osobních údajů pro kontaktní osobu*

*Nedílnou součástí žádosti jsou i pokyny k vyplnění*

**Pokyny k vyplnění žádosti o poskytování sociální služby**

1. Žádost o poskytování sociální služby vyplňte čitelným hůlkovým písmem a vlastnoručně podepište.

**Pokud žadatel není zastupován zmocněncem či opatrovníkem a není schopen podpisu, je třeba k žádosti přiložit vyjádření praktického lékaře, že žadatel z důvodu nepříznivého zdravotního stavu není schopen podpisu žádosti.**

**Před podáním žádosti doporučujeme sjednat si se sociální pracovnicí osobní schůzku, abyste se přesvědčil/a, zda Vám či Vašemu blízkému bude tato služba vyhovovat.**

1. Pokud budete potřebovat, sociální pracovnice Vám bude při vyplňování žádosti nápomocna – viz. bod 10.
2. Vyplněná žádost o poskytování sociální služby **musí obsahovat přílohy uvedené na straně 2**.
3. Vyplněnou žádost nám můžete osobně přinést nebo zaslat na adresu:

**Sociální služby Šebetov, p.o., Šebetov č. 1, 679 35 Šebetov**

Pokud v žádosti nebudou vyplněny některé důležité údaje, bude Vás telefonicky kontaktovat sociální pracovnice s žádostí o doplnění údajů.

1. Po podání žádosti je vždy do 14 dnů uskutečněno sociální šetření, o kterém budete v předstihu informován/a.
2. Do 30 dnů od data podání žádosti obdržíte písemné vyrozumění o tom, zda je žádost zařazena do evidence žadatelů. V případě odmítnutí žádosti o sociální službu Vám toto oznámení bude také písemně zasláno s uvedením důvodu odmítnutí a s následným poučením.
3. V případě, že Vaší žádosti nebude vyhověno (nedojde k podpisu smlouvy o poskytování sociální služby), bude Vám žádost včetně příloh vrácena a dojde k výmazu Vašich osobních údajů.
4. Zahájení poskytování sociální služby je podmíněno uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
5. V případě, že Vaše žádost je zařazená do evidence žadatelů a dojde k uvolnění místa, sociální pracovnice Vás osloví s uvedením termínu pro druhé sociální šetření (zjišťuje se, zda nedošlo k výrazným změnám v situaci žadatele oproti prvnímu sociálnímu šetření), popřípadě se upřesní záležitosti týkající se zahájení poskytování sociální služby.
6. **V případě jakéhokoliv dotazu můžete kontaktovat sociální pracovnici**, a to písemně, telefonicky či e-mailem. **Po předchozí telefonické domluvě si můžete vyžádat osobní schůzku**, na které Vám sociální pracovnice zodpoví Vaše dotazy a v případě Vašeho zájmu Vás provede po zařízení.

 Kontakt na sociální pracovnice:

 Domov se zvláštním režimem: Lucie Šmeralová, DiS., telefon 516 465 438, kl. 22 nebo

 721 606 035, e-mail: lucie.smeralova@socialnisluzbysebetov.cz

 Domov pro osoby se zdravotním postižením: Šárka Zemánková, Dis., telefon 516 465 438, kl. 22

 nebo 721 606 035, e-mail: sarka.zemankova@socialnisluzbysebetov.cz

Chráněné bydlení: Bc. Dagmar Dyčková, telefon: 516 465 438, kl. 37 nebo 720 179 155, e-mail: dagmar.dyckova@socialnisluzbysebetov.cz

** **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

pro účely žádosti o poskytnutí sociální služby

**poskytovatel: Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace**

**se sídlem: Šebetov 1, 679 35 Šebetov**

**tel. 516 465 438, 721 606 035**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení:** |
| **Datum narození:** |
| **Praktický lékař:**  |

|  |
| --- |
| **Označte dle skutečnosti, zda je žadatel:** **Osoba s chronickým duševním onemocněním (tj. osobám s Alzheimerovou demencí aj. demencemi). Cílová skupina Domova se zvláštním režimem.** **Osoba s kombinovaným postižením (tj. osobám s převažujícím mentálním postižením v kombinaci s tělesným postižením) a osobám s mentálním postižením. Cílová skupina Domov pro osoby se zdravotním postižením.** **Osoba s chronickým duševním onemocněním, osoba s kombinovaným postižením (tj. osobám s převažujícím mentálním postižením v kombinaci s tělesným postižením) a osobám s mentálním postižením, které nevyžadují 24hodinou péči a dohled. Cílová skupina služba Chráněné bydlení.*** Výše uvedený žadatel cílovou skupinu naplňuje:

 ANO - NE* Žadatel závislý na návykových látkách (opioidy, barbituráty, alkohol aj…):

 ANO - NE* U žadatele se vyskytují projevy narušující kolektivní soužití (např. agresivní chování – verbální, fyzické, …):

 ANO - NE |
| **Datum vyplnění formuláře: Razítko a podpis lékaře:**  |

**DŮLEŽITÉ: PROSÍME O VYPLNĚNÍ A POKUD SE ŽADATEL LÉČÍ S PSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM, DOLOŽTE FOTOKOPII AKTUÁLNÍ ZPRÁVY**

** SOCIÁLNÍ SLUŽBY ŠEBETOV**

 **příspěvková organizace**

**Šebetov 1, 679 35**

 **tel.: 516 465 438, fax: 516 465 438**

**SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

**SUBJEKT ÚDAJŮ (kontaktní osoba žadatele)**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………..

 Adresa: ……………………………………………………………………………………………………………

 Kontaktní údaje: …………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………..

**ORGANIZACE**

 **Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace**

 **679 35 Šebetov 1**

 **IČ: 00838446**

 dále jako „**Organizace**“

1. Udělujete tímto souhlas organizaci Sociální služby Šebetov, příspěvková organizace, se sídlem Šebetov 1, 679 35 Šebetov, IČ: 00838446, zřízené Jihomoravským krajem Brno (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) a nařízení EU 2016/679 (dále jen „GDPR“) zpracovávala tyto osobní údaje.
2. Na základě tohoto souhlasu budeme zpracovávat Vaše identifikační údaje a kontaktní údaje, a to s ohledem na podání žádosti o sociální službu pana/paní (jméno a příjmení žadatele): ………………………………………………………...........
3. Tento souhlas nám poskytujete na dobu zpracování žádosti o sociální službu osobě uvedené v bodě 2)
4. Pro vyloučení pochybností se jedná o souhlas se zpracováním následujících osobních údajů.
* jméno a příjmení
* adresa
* e-mail
* telefonní číslo
1. Zdrojem údajů je přímo subjekt údajů při jednání o žádosti o poskytování sociální služby.
2. S výše uvedeným zpracováním udělujete svůj výslovný souhlas.
3. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to například zasláním emailu nebo dopisu na kontaktní údaje organizace.
4. Zpracování osobních údajů je prováděno Správcem, osobní údaje však pro Správce mohou zpracovávat i tito zpracovatelé:
* Poskytovatelé zpracovatelských softwarů, služeb a aplikací, které v současné době organizace využívá.

9. V případě, že Vaší žádosti nebude vyhověno (nedojde k podpisu smlouvy o poskytováním sociální služby), bude Vám žádost včetně příloh vrácena a dojde k výmazu Vašich osobních údajů.

10. Vezměte, prosím, na vědomí, že podle zákona o ochraně osobních údajů a GDPR máte právo:

* vzít souhlas kdykoliv zpět,
* požadovat po nás informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme,
* požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů,
* vyžádat si u nás přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit,
* požadovat po nás výmaz těchto osobních údajů,
* v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

11. V případě, že budete mít k rozsahu nebo účelu zpracování Vašich osobních údajů jakékoli dotazy, neváhejte nás kdykoli kontaktovat telefonicky na čísle 607 612 823 nebo e-mailem na adrese posta@socialnisluzbysebetov.cz.

12. Tento souhlas je udělen osobně na tento formulář.

V …………………………………….. dne: ………………………..

…………………………………………………..

 podpis kontaktní osoby

 **Plná moc**

Já …………………………………………………………………………, nar. ……………………………………………………………………………

trvale bytem ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zplnomocňuji tímto pana/paní……………………………………………………………………………………………………………………

svou/svého ………………..……………………………………………..………….., nar. …………………………………………………………

bytem ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

k těmto záležitostem:

* k podání žádosti do Sociálních služeb Šebetov, p. o.
* k podpisu Smlouvy o poskytování sociální služby v Sociálních službách Šebetov, p. o. včetně dodatků k této smlouvě,
* k výběru hotovosti uložené v depozitní pokladně v Sociálních službách Šebetov, p. o.
* k úhradě za služby poskytované Sociálními službami Šebetov, p. o.
* k řešení konkrétních situací spojených s mým pobytem v Sociálních službách Šebetov, p. o.

Tuto plnou moc uděluji po důkladném zvážení všech okolností a ze svobodného rozhodnutí.

V ………………………. dne ………………………..

 Podpis zplnomocnitele (ověřený)

Tuto plnou moc přijímám.

 Podpis zplnomocněné osoby (ověřený)