

## **ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

ve smyslu § 90 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

*Datum podání žádosti (podací razítko, číslo jednací):*

**Poskytovatel:**

**Domov seniorů Havířov, příspěvková organizace**

se sídlem Jaroslava Seiferta 1530/14, 736 01 Havířov – Město

IČ: 75139243

**Žadatel:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

**Kontaktní údaje:**

E-mail:

Telefon:

Doručovací adresa (pokud se liší od bydliště):

**Odůvodnění žádosti (I):**

<b>Opatrovník (číslo rozhodnutí soudu)/zmocněnec (plná moc notářsky ověřená):</b>		
Jméno a příjmení:		
Bydliště:		
<b>Kontaktní údaje:</b>		
E-mail:		
Telefon:		
Doručovací adresa:		
Zastoupení na základě (II):		
<b>Kontaktní osoba (nepovinné):</b>		
Jméno a příjmení:		
Kontakt (III):		
<b>V</b>	<b>dne</b>	<b>Podpis žadatele/zástupce:</b>

**K žádosti přiložte následující dokumenty** (dostupné na našich internetových stránkách):

- **vyjádření všeobecného praktického lékaře**
- **informace o zpracovávání osobních údajů žadatele**
- **souhlas se zpracováním osobních údajů kontaktní osoby** (pouze v případě, že její údaje vyplníte).

Žádost o přijetí do Domova seniorů Havířov, p. o., včetně všech příloh, je možné si vyzvednout:

1. jak ve středisku HELIOS (Jaroslava Seiferta 1530/14, Havířov – Město), tak i ve středisku LUNA (Lidická 1200/52c, Havířov – Šumbark)
2. na odboru sociálních věcí Magistrátu města Havířova, ul. Svornosti č. p. 2, Havířov – Město
3. v elektronické podobě na [www.dshavirov.cz](http://www.dshavirov.cz).

**Vyplněnou žádost může odevzdat žadatel nebo jeho příbuzní:**

- osobně, a to v jednom ze dvou středisek
- osobně na podatelně Magistrátu města Havířova
- zaslat poštou na adresu jednoho ze středisek či na adresu Magistrátu města Havířova.

Po přijetí kompletní žádosti bude provedeno sociální šetření, během kterého sociální pracovníci vyhodnotí žadatelovu situaci a budou ho informovat o dalším postupu.

**Vysvětlivky k Žádosti o poskytnutí sociální služby:**

**I** – Podle ustanovení § 1 odstavce 1 ve spojení s § 3 písmene b) zákona č. 108/2006, o sociálních službách, se poskytuje pomoc a podpora lidem **v nepříznivé sociální situaci**, čímž zákon myslí oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucích ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů.

Domov seniorů Havířov, p. o., poskytuje pobytové služby v domovech pro seniory osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domov seniorů Havířov, p. o., poskytuje pobytové služby v domovech se zvláštním režimem osobám s lehkou, středně těžkou až těžkou demencí, Alzheimerovou chorobou, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

**Do odůvodnění žádosti tedy vyplňte ty skutečnosti, které odůvodňují poskytnutí sociální služby Vaší osobě a Vaše umístění do Domova seniorů Havířov, p. o.**

**II** – Uveďte, na základě čeho žadatele zastupujete, a k žádosti případně přiložte listinu, ze které Vaše zastoupení odvozujete (plná moc, rozhodnutí soudu apod.).

**III** – Uveďte jen ty kontaktní údaje, jejichž prostřednictvím má poskytovatel kontaktní osobu oslovit. V případě, že podáváte žádost v zastoupení, údaje o kontaktní osobě nevyplňujte, budeme jednat přímo s Vámi.

Upozorňujeme Vás, že kontaktní osoba musí se svým uvedením a poskytnutím svých osobních údajů souhlasit. Je tedy nezbytné, aby kontaktní osoba vyplnila a přiložila k žádosti **souhlas se zpracováním osobních údajů**.

**Pokud se stane, že obdržíme „Žádost o poskytnutí sociální služby“ bez souhlasu kontaktní osoby, avšak s jejími údaji, kontaktní osobu o této skutečnosti uvědomíme a vyzveme ji k doplnění souhlasu. Pokud nedojde k nápravě v přiměřeném čase (14 dní), nebo kontaktní osoba dokonce se zpracováním nesouhlasí, její údaje budou skartovány.**

Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním Žádost o poskytnutí sociální služby (potvrzené vyjádření lékaře, zpráva odborného lékaře, případně poštovné) si hradí ze svých prostředků.

## INFORMACE O ZPRACOVÁVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ŽADATELE

Jméno a příjmení žadatele	
Datum narození	
Bydliště	
Zástupce (např. opatrovník)	

**Žadatel** o umístění do zařízení poskytovatele sociálních služeb Domov seniorů Havířov, příspěvková organizace, IČ: 75139243, ul. Jaroslava Seiferta 1530/14, 736 01 Havířov - Město, nebo jeho zástupce, podpisem tohoto dokumentu **bere na vědomí**, že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb **dochází ke zpracování jeho osobních údajů**, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po dobu čekání na uvolnění kapacity.

### **Zákonnost zpracování**

Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností domova a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.

### **Povinnost poskytnout osobní údaje**

Žadatel, nebo jeho zástupce, je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.

### **Práva žadatele související se zpracováním**

- má právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů;
- má právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů;
- má právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno;

- má právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu;
- má právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro jeho práva a svobody.

**Bližší informace** jsou zveřejněny na webových stránkách: <http://www.dshavirov.cz/>.

### **Prohlášení žadatele nebo jeho zástupce**

Prohlašuji, že uvedeným informacím jsem plně porozuměl a **považuji poučení mé osoby za dostatečné.**

V případě, že tento dokument podepisuji v zastoupení žadatele, **prohlašuji**, že s jeho obsahem a důsledky pro jeho práva a povinnosti byl přiměřeným způsobem, tedy jasně, srozumitelně a za použití jednoduchých jazykových prostředků, **seznámen i samotný žadatel.**

V \_\_\_\_\_ dne

Podpis žadatele (zástupce)

## **SOUHLAS SE ZPRACOVÁVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ KONTAKTNÍ OSOBY**

Jméno a příjmení kontaktní osoby	
Bydliště	
Jméno a příjmení klienta	

**Kontaktní osoba** tímto dobrovolně uděluje svůj kdykoliv odvolatelný souhlas se zpracováním osobních údajů poskytovatelem sociálních služeb Domov seniorů Havířov, příspěvková organizace, IČ: 75139243, ul. Jaroslava Seiferta 1530/14, 736 01 Havířov - Město, a to v následujícím rozsahu a pro uvedené účely:

**Souhlasím** s evidováním a používáním mých osobních údajů **jméno, příjmení, emailová adresa, telefonní číslo, korespondenční adresa** za účelem kontaktování mé osoby a zasílání informací a pozvánek, to vše výhradně v souvislosti s poskytováním péče uvedenému klientovi.

Jsem srozuměn s tím, že **neudělení souhlasu není překážkou** poskytování péče uvedenému klientovi, pokud souhlas neudělím, nebudou uvedené osobní údaje jakkoliv zpracovávány. Ke zpracování na základě tohoto souhlasu bude docházet po dobu **trvání smlouvy** o poskytování služby sociální péče klientovi.

### **Práva související se zpracováním**

- právo žádat o informace o kategoriích zpracovávaných osobních údajů, účelu, době a povaze zpracování a o příjemcích osobních údajů;
- právo požádat o poskytnutí kopie zpracovávaných osobních údajů;
- právo požádat při naplnění podmínek stanovených relevantními právními předpisy, aby osobní údaje byly opraveny, doplněny nebo vymazány, případně jejich zpracování omezeno;
- právo vznést námitku proti zpracovávání osobních údajů a právo podat stížnost u dozorového úřadu;
- právo být informován o případech porušení zabezpečení osobních údajů a to tehdy, pokud je pravděpodobné, že daný případ porušení bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody kontaktní osoby.

**Bližší informace** o zpracování osobních údajů za uvedenými účely byly sděleny kontaktní osobě při podpisu tohoto dokumentu a jsou zveřejněny na stránkách: <http://www.dshavirov.cz>.

**Prohlášení kontaktní osoby**

Tento můj souhlas zůstává v plném rozsahu v platnosti a účinnosti po dobu trvání smlouvy o poskytování služby sociální péče klientovi. Jsem si vědom toho, že udělení tohoto souhlasu je dobrovolné a mohu ho s účinky do budoucna kdykoliv odvolat.

V

dne

podpis kontaktní osoby



## VYJÁDŘENÍ VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

příloha k Žádosti o poskytnutí sociální služby

<b>Jméno a příjmení:</b>
<b>Datum narození:</b>
<b>Bydliště:</b>
<b>Anamnéza osobní:</b>
<b>Objektivní nález:</b>
<b>Duševní stav</b> (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje): <i>nehodící se škrtněte</i> Alkoholismus: ANO – NE Agresivita: ANO – NE
<b>Druh stravy</b> (vyberte): <ul style="list-style-type: none"><li>- racionální</li><li>- diabetická</li><li>- jiná (<i>uved'te jaká</i>)</li></ul>

**Sebeobsluha:** *souhlasné údaje označte křížkem*

brýle    invalidní vozík    hole    chodítka    naslouchadlo

*Sluch:*

normální    nedoslýchavost    zbytky sluchu    hluchota

*Zrak:*

normální    zhoršené vidění    zbytky zraku    nevidomost

*Je schopen/a chůze bez cizí pomoci*                      ano                       ne

*Je upoután/a trvale – převážně na lůžko*                      ano                       ne

*Schopnost sám/sama sebe obsloužit*                      ano                       ne

*Je pod dohledem specializovaného lékaře?*                      ano                       ne

*Uveďte jakého:*

*Potřebuje zvláštní péči?*                      ano                       ne

*Uveďte jakou:*

**Diagnózy:**

**Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí sociální služby:**

Datum:

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: