

ŽÁDOST O UZAVŘENÍ SMLOUVY O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ U STUDÁNKY		Podání žádosti:
Vyberte a zaškrtněte jednu z níže uvedených variant:		
Domov pro osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	
Chráněné bydlení	<input type="checkbox"/>	
Odlehčovací služby	<input type="checkbox"/>	
Sociálně terapeutické dílny	<input type="checkbox"/>	

PŘI PODÁNÍ ŽÁDOSTI (Vyplní poskytovatel – Domov u studánky):	
1. zájemce požaduje sociální službu, kterou poskytovatel nabízí	<input type="checkbox"/>
2. poskytovatel má volnou kapacitu	<input type="checkbox"/>
3. zdravotní stav zájemce vylučuje poskytnutí pobytové sociální služby	<input type="checkbox"/>

OSOBNÍ ÚDAJE							
1. Zájemce (zájemkyně): Příjmení (u žen též rodné příjmení) křestní jméno							
2. Datum narození: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%; text-align: center;"> </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> </td></tr></table> den měsíc rok					3. Místo narození:	4. Státní příslušnost:	
5. Trvalé bydliště:	Ulice:	Č.p.:	Obec:	PSC:			
6. Místo současného pobytu:							
7. Telefon:		8. Email:					

Opatrovník	Jméno a příjmení	Bydliště:	Vztah	Rozhodnutí soudu:
	Telefon, e-mail:			

10. Kontakty na další osoby (sourozence, příbuzné, přátelé, známé):		
Jméno a příjmení:	Kontakt: bydliště, telefon, e-mail.	Vztah

ČÍM ZÁJEMCE ODŮVODNUJE NUTNOST SVÉHO PŘIJETÍ V SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ:
.....
.....
.....

PŘÍLOHY, KTERÉ JE K ŽÁDOSTI NUTNÉ DOLOŽIT:

1. Rozsudek soudu o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.
2. Rozhodnutí soudu o ustanovení poručníka – v případě nezletilého zájemce.
3. Usnesení soudu (popř. Listina) o ustanovení opatrovníka – v případě zletilého zájemce zbaveného nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům.
4. Vyjádření registrujícího lékaře ke splnění podmínek cílové skupiny sociální služby.

PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE O PRAVDIVOSTI ÚDAJŮ, SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM ÚDAJŮ OPATROVNÍKA, PODPŮRCE NEBO ZASTUPUJÍCÍHO ČLENA DOMÁCNOSTI

- 1) Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé. V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění o ochraně osobních a citlivých údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zpracování, shromažďování a uchování osobních údajů a citlivých údajů souvisejících s využitím sociální služby (v rozsahu: jméno, příjmení, datum narození, údaje o zdravotním stavu), a to za účelem vyřízení mé žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace. Jsem si vědom, že poskytnutí souhlasu je dobrovolné.
- 2) Dále beru na vědomí povinnost bezodkladně informovat poskytovatele sociální služby o skutečnostech rozhodných pro vedení a hodnocení žádosti; tj. zejména změnu ve způsobilosti k právním úkonům, v zákonném zastoupení, stupni závislosti nebo důležitých změnách ve zdravotním stavu, popř. kontaktních údajích.
- 3) Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů je možné kdykoliv písemně odvolat. V případě, že odmítne zájemce souhlas udělit, není poskytovatel oprávněn osobní údaje zpracovávat. V tomto případě, nemůže rozhodovat o žádosti, neboť poskytnutí osobních údajů je podmínkou pro zhodnocení žádosti o rozhodnutí o ni.

Dne:

.....
vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho opatrovníka, podpůrce nebo člena domácnosti

INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU:

Vyplněnou žádost zašlete poštou nebo osobně na adresu: Domov u studánky, Anenská Studánka 41, 563 01 Lanškroun.

Pověření pracovníci Domova u studánky Vás následně budou kontaktovat, domluvíte si osobní setkání, kde budou zjišťovány další potřebné informace. Dále budou zjišťovat, zda jsou splněny podmínky pro přijetí v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, rozhodnutím o registraci sociální služby, zřizovací listinou Domova u studánky a jeho dalšími vnitřními předpisy a budou Vás informovat o dalším průběhu jednání.

Kontakt:

Bc. Dagmar Prchalová, DiS., sociální pracovnice, tel: 465 507 757, 702 088 443,
dagmar.prchalova@domovustudanky.cz

Monika Škrobová, DiS, sociální pracovnice, tel: 465 507 757, 702 088 443,
monika.skrobova@domovustudanky.cz

Mgr. Lenka Mánková, sociální pracovnice, tel. 465 507 756,
lenka.mankova@domovustudanky.cz

Vyjádření registrujícího lékaře k cílové skupině Domova u studánky Anenská Studánka

Domov u studánky poskytuje následující sociální služby:

- 1) Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) – služba je poskytována klientům od 18 let věku, s mentálním postižením, případně s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým; lidem s vysokou potřebou podpory, u kterých je nezbytná pobytová sociální služba.
- 2) Chráněné bydlení (CHB) – služba je poskytována osobám od 18 let věku, s mentálním postižením, případně s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým.
- 3) Odlehčovací služby (OS) – služba je poskytována osobám od 18 let věku se zdravotním, chronickým a kombinovaným postižením, kterým poskytuje péči v domácím prostředí rodina.
- 4) Sociálně terapeutické dílny (STD) – služba je poskytována osobám od 18 let věku, s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením, případně s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým, kteří nejsou umístitelní na otevřeném ani chráněném trhu práce

(Příloha k žádosti o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby)

Vyjádření lékaře k poskytnutí sociální služby: Kritéria, která hodnotí splnění podmínek cílové skupiny poskytovatele sociálních služeb: Vyjádření k těmto podmínkám je nezbytné k rozhodnutí o poskytnutí služby.	
<i>Jméno a příjmení zájemce o službu:</i>	
<i>Datum narození:</i>	
Platnost tvrzení	
Uved'te ANO/NE, popř. doplňte poznámkou	
1.	Zdravotní stav zájemce vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení (např.: nemocnice, LDN nebo psychiatrická léčebna)
2.	Zájemce trpí akutní infekční nemocí, která vylučuje pobyt v zařízení sociálních služeb.
3.	Zájemcovo chování může narušit kolektivní soužití, a to zejména z důvodu duševní nemoci, závažné mentální poruchy, závislosti na návykových látkách nebo absence sociálních návyků. (V případě odpovědi „ANO“ je třeba doložit vyjádření psychiatra)
4.	Hlavní diagnózou zájemce je mentální postižení.
5.	Zájemce sociálně terapeutických dílen je schopen zvládnout pracovní režim – cca 6 hodin s přestávkami.
<i>Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé.</i>	
<i>Datum, razítko a podpis lékaře:</i>	

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Tento lékařský posudek slouží poskytovateli sociálních služeb **Domov u studánky** a Městskému úřadu **Lanškroun** jako podklad pro uzavření smlouvy o poskytování sociální služby v souladu s § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého „osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení“.

Jméno a příjmení posuzované osoby:

Datum narození:

Bydliště:

- Osoba je schopna samostatně jednat
 Osoba není schopna samostatně jednat

Datum vystavení:

.....
Jméno a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení