



Domov pro seniory Osoblaha, příspěvková organizace, Klášterní 34, 793 99 Osoblaha
tel: 554 642 053, email: inf-dps@osoblaha.eu

Žádost o poskytování sociálních služeb dle §48 a §49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Druh sociální služby*: domov pro seniory
 domov pro osoby se zdravotním postižením
*zaškrtněte jednu z možností

Žádost přijata dne:	Jméno a příjmení zájemce o službu:		
	Rodné příjmení:		
	Datum narození:	Rodné číslo:	
	Stát:	Místo narození:	

Trvalé bydliště zájemce o službu - včetně PSČ:

Telefonní kontakt na zájemce o službu:

Kontaktní adresa (kde se v současné době nacházíte):

Rodinný stav zájemce o službu (vyberte jednu z možností):

- ženatý/vdaná rozvedený/á žiji s druhem/s družkou
 svobodný/á vdovec/vdova

Státní příslušnost:

Zdravotní pojišťovna:

Příspěvek na péči:

a) ANO

1. stupeň 2. stupeň 3. stupeň 4. stupeň

b) NE

Žádost podána dne:

- žádost nepodána
 žádost podána, příspěvek nepřiznán

Kontaktní údaje praktického lékaře:

Jméno:

Příjmení:

Adresa:

Telefon:

Proč máte zájem o poskytování služby v našem zařízení (vyplňte slovy):

Kontakty na rodinu, přátele:

Příbuzní /děti, manžel(ka), jiné	Příbuzenský poměr	Adresa aktuálního bydliště	Telefonní číslo
1.			
2.			
3.			
4.			

Kontaktní údaje opatrovníka, je-li zájemce o službu omezen ve způsobilosti k právním úkonům:

Jméno:

Příjmení:

Kontaktní adresa:

Telefon:

Kontaktní údaje osoby, která má být informována o závažné situaci, v níž se ocitne klient služby:

Jméno:

Příjmení:

Kontaktní adresa:

Telefon:

Vlastnoruční podpis zájemce o službu:

V

Dne

Podpis zákonného zástupce:
(notářsky ověřená plná moc)

V

Dne

Podpis soudem ustanovného opatrovníka:

V

Dne

Před nástupem do DpS Osoblaha prosím, doložte následující podklady:

- 1) Vyjádření lékaře.
- 2) Kopii rozhodnutí o příspěvku na péči, je-li zájemce příjemcem příspěvku na péči.
- 3) V případě, že je zájemce omezen ve způsobilosti k právním úkonům, rozhodnutí soudu a také listinu o ustanovení opatrovníka.
- 4) V případě, že se zájemce zmocnil k zastupování jinou osobu, kopii notářsky ověřené plné moci.
- 5) V případě, že se zájemce nemůže sám podepsat, písemné vyjádření lékaře, ze kterého bude patrné, že zájemce pochopil obsah žádosti, ale ze zdravotních důvodů, není schopen podpisu.

Další informace:

- 1) Zájemce o službu souhlasí se sociálním šetřením, které povede pověřený pracovník Domov pro seniory Osoblaha, p.o., v místě pobytu zájemce o službu. V případě, že zájemce bude splňovat podmínky k přijetí, bude vyzván k nástupu do zařízení, jakmile se uvolní vhodné místo.
- 2) Zájemce prohlašuje, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé a je si vědom případných následků, které by pro něj vyplývaly z nepravdivě uvedených údajů.
- 3) Zájemce oznámí nejpozději do 15 dnů změny, které v uvedených údajích nastaly.
- 4) Vaše výše uvedené osobní údaje bude spravovat v souladu s nařízením EU (GDPR) platným od 25.05.2018 - Domov pro seniory Osoblaha, příspěvková organizace, se sídlem Klášterní 34, 793 99 Osoblaha, <https://www.dpsosoblaha.cz/info-pro-verejnost/>. Na Vaši žádost budou osobní údaje smazány, pokud to bude možné a výmaz nebude v rozporu s našimi jinými povinnostmi či oprávněnými zájmy. Při splnění požadavků dle čl. 15 až 18 GDPR máte právo na přístup, opravu nebo výmaz Vašich osobních údajů a dále právo na to, abychom omezili zpracování osobních údajů týkajících se Vaší osoby. Dále máte právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, pokud se domníváte, že zpracování Vašich osobních údajů je prováděno v rozporu s GDPR.

Dále vás žádáme, aby jste uvedli heslo pro komunikaci.

Heslo pro komunikaci:

*V případě, že neuvedete heslo, bude použito jako heslo Vaše rodné číslo.

Vlastnoruční podpis zájemce o službu:

Podpis zákonného zástupce:
(notářsky ověřená plná moc)

Podpis soudem ustanovného opatrovníka: