**ŽÁDOST A VSTUPNÍ DOTAZNÍK PRO UŽIVATELE SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE**

|  |  |
| --- | --- |
| **JMÉNO A PŘÍJMENÍ:** | **DATUM NAROZENÍ:** |
| **BYDLIŠTĚ:** | **STAV:** |
| **MÍSTO REALIZACE SLUŽBY:**  **Praha** |  |
| **TELEFON/MOBIL:** | **EMAIL:** |
| **JMÉNO A KONTAKT NA OSOBU BLÍZKOU:** | **JMÉNO A KONTAKT NA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:** |
| **VOLITELNÉ ÚDAJE:** |  |
| Průkazka mimořádných výhod: | TP , ZTP , ZTP/P , NE |
| Svéprávnost: | plná - omezená - zcela zbaven/a |
| Příspěvek na péči: | Stupeň – zažádáno - NE |
| **Údaje o opatrovníkovi (v případě omezení či zbavení svéprávnosti)** |  |
| Jméno a příjmení: |  |
| Vztah k uživateli: |  |
| Adresa: |  |
| Telefon: |  |

1) OSOBNÍ CÍL ŽADATELE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) DO OSOBNÍ DOKUMENTACE MŮŽE NAHLÍŽET (uvést jméno, příjmení vztah k žadateli, telefonní kontakt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) PŘI ZHORŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU (náhlé hospitalizaci) INFORMOVAT (uvést jméno, příjmení, vztah k žadateli, telefonní kontakt):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Vyplnit pouze v případě poskytování služby doma:***

4) NÁHRADNÍ KLÍČE OD BYTU MÁ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) VE SPOLEČNÉ DOMÁCNOSTI BYDLÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) KDO OTEVŘE DVEŘE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) KONTAKTY NA DVA AŽ TŘI RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY NEBO DŮLEŽITÉ OSOBY:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uživatel souhlasí s tím, že budou shromažďovány jeho osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, adresa, stav, e-mail, jméno jeho praktického lékaře a telefonní kontakt na něj a jím uvedené blízké osoby), které jsou nutné pro poskytování sociální služby a pro sociální práci související přímo s potřebami žadatele.

Zároveň si je vědom, že musí informovat a vyžádat si souhlas od osob, které uvedl jako blízké a kontaktní osoby a jejichž osobní údaje (vztah k uživateli, jméno, příjmení, adresu, telefonní číslo) uvedl při vyplňování Dotazníku pro uživatele služby. Tyto údaje budou použity pouze jako kontakt v nouzových a havarijních situacích.

Poskytovatel se zavazuje, že tato data nezneužije, zajistí jejich dostatečnou ochranu a nebude je poskytovat bez souhlasu uživatele. Budou součástí dokumentace uživatele po dobu jeho využívání sociální služby a pak následně zlikvidovány podle Spisového, skartačního a archívního řádu poskytovatele. U osob zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplňuje a podepisuje soudem stanovený zákonný zástupce a zároveň předkládá opatrovnický dekret.

V případě plánovaného uzavření smlouvy byl uživatel seznámen se všemi podklady pro vytvoření smlouvy o poskytování služby dle zákona č.108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Nemá k nim námitky, nenavrhuje žádná doplnění.

V Praze dne …………………

…………………………….... …………………………………

Žadatel Vedoucí sociální služby