

Středisko sociálních služeb města Kopřivnice, p. o., Česká 320, 742 21 Kopřivnice

ŽÁDOST

o poskytnutí Odlehčovací služby dle (§ 44 zák. č. 108/2006 Sb. o soc. službách)

Osobní údaje žadatele (budoucího uživatele sociální služby)

Jméno a příjmenínar.:

ulice č.p.....město

PSČ..... telefon žadatele

Ošetřující lékař.....

Kontaktní osoba

jméno a příjmení	bydliště	telefon	vztah

Odůvodnění žádosti:

.....

Tuto část žadatel nevyplňuje

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o sociální službu – ODLEHČOVACÍ SLUŽBU

Poskytnutí pobytové sociální služby **NENÍ** možné v případě, že:

- zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- pobyt žadatele v zařízení je vyloučen z důvodu infekčního onemocnění
- chování žadatele může závažným způsobem narušovat kolektivní soužití

Vyjádření lékaře:

Potvrzuji, že žadatel/ka **NEPATŘÍ** do žádné z výše uvedených skupin a **JE SCHOPEN/Á** přechodného pobytu v zařízení odlehčovací služby.

.....
podpis a razítko lékaře

Středisko sociálních služeb města Kopřivnice, p. o., Česká 320, 742 21 Kopřivnice

- 1) Žadatel se zavazuje, že poskytne pověřenému pracovníkovi poskytovatele údaje potřebné k objektivnímu posouzení žádosti o zavedení sociálních služeb.
- 2) Žadatel bere na vědomí, že sjednané úkony se týkají pouze jeho a nebudou poskytovány druhé osobě.
- 3) Žadatel bere na vědomí, že úhrady za poskytované úkony jsou smluvní a jsou pro příjemce sociálních služeb v určených termínech závazné.

Informace ke zpracování osobních údajů

- **Zpracování osobních údajů uvedených v této žádosti je prováděno zákonným způsobem z důvodu právní povinnosti, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a z důvodu přípravy a plnění smlouvy. Zpracování osobních údajů kontaktních osob je prováděno z důvodu oprávněného zájmu pro zajištění bezpečnosti a zdraví klienta. Ostatní informace a práva ke zpracování osobních údajů naleznete na: www.sssmk.cz**
- **Dávám souhlas s informováním výše uvedené kontaktní osoby v případě náhlé změny mého zdravotního stavu nebo v případě hospitalizace.**
- **Souhlasím s výše uvedenými podmínkami a žádám o zavedení Odlehčovací služby. Potvrzuji, že veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a úplné a případné změny, týkající se mé osoby, jsem povinen oznámit poskytovateli, nejpozději tři dny před zahájením poskytování služeb sociální péče.**

V dne

.....
podpis žadatele

žádost zaevidována dne:

podpis pracovníka poskytovatele: