

## Žádost o poskytnutí sociální služby v CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ ZUBŘÍ

Vážená žadatelko, vážený žadateli,

projevil/a jste zájem o pobytovou sociální službu v chráněném bydlení v rámci příspěvkové organizace Sociální služby Vsetín, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu lehkého nebo středně těžkého mentálního postižení, kteří nejsou schopni sami uspokojovat své základní životní potřeby, vést samostatný život a začlenit se do společnosti s pomocí rodiny, přátel nebo terénních služeb.

K poskytování kvalitní a profesionální sociální služby přistupujeme se **zodpovědností**, s ohledem na zachování **lidské důstojnosti**, **respektu** k Vaším potřebám a vytvoření **rovnocenného vztahu** založeného na **vzájemné důvěře**.

Jméno a příjmení žadatele/ky:

Datum narození:

Telefon:

Bydliště:

Kontaktní osoba/vztah k žadateli:

Email:

Telefon:

### Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Jako žadatel/ka o poskytnutí sociální služby dávám svým podpisem na této žádosti souhlas k nakládání se svými osobními údaji, zahrnujícími především zjišťování, shromažďování a uchovávání údajů nutných ke zpracování žádosti. Tyto údaje jsou získávány pouze za účelem posouzení, zda zájemce o požadovanou službu spadá do cílové skupiny osob, pro které je služba určena. Údaje, nutné ke zpracování žádosti, budou zpracovávány pouze sociálními pracovníkem a dalšími zaměstnanci-zařízení, kteří se podílejí na procesu jednání se zájemcem o službu a žadatelem o službu poskytovatele Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace a to v souladu s ustanoveními nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR).

Dne: .....

Podpis žadatele/ky : .....

## Postup při podání žádosti

Žádost společně s vyplněným dotazníkem, který je přílohou žádosti, můžete doručit:

- **poštou**
- **e-mailem (sken)**
- **přinést osobně do zařízení**
- **datovou schránkou**

Potřebné kontakty jsou uvedeny na žádosti.

## Co se bude dít s Vaší žádostí

- Po obdržení Vaši žádost zaevidujeme.
- Zpravidla do 30 dnů Vás bude kontaktovat sociální pracovník zařízení, poskytne základní sociální poradenství a bude Vás informovat o dalším zpracování žádosti.
- Při uvolnění místa Vás bude kontaktovat sociální pracovník. Sjedná s Vámi osobní schůzku za účelem zjištění, zda je služba vhodná pro vyřešení Vaší aktuální situace.
- Vybranému žadateli bude nabídnuto uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby.

Pro účely uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby vyžadujeme dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, **LÉKAŘSKÝ POSUDEK od praktického lékaře**, který je platný 90 dnů ode dne jeho vydání.

V případě, že dojde ke změnám údajů uvedených v žádosti či její příloze, Vás žádáme, abyste nás o nich informovali.

## Informace o pomoci, kterou potřebujete v jednotlivých denních činnostech při poskytování sociální služby

### V současné době jste:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> v domácím prostředí | <input type="checkbox"/> ve zdravotnickém zařízení – nemocnici |
| <input type="checkbox"/> u rodiny/příbuzných | <input type="checkbox"/> v jiné pobytové sociální službě       |

### Pokud potřebujete pomoc, obraťte se na:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pomoc nepotřebuji, jsme samostatný/á                      | <input type="checkbox"/> pomáhá mi rodina/příbuzní/známí |
| <input type="checkbox"/> využívám terénní sociální služby (jaké, jak často?) ..... |  |

### Komunikace:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> komunikuji a dorozumím se | <input type="checkbox"/> komunikuji s obtížemi, ale dorozumím se |
| <input type="checkbox"/> nekomunikuji              | <input type="checkbox"/> při komunikaci používám pomůcky         |

### Sluch, zrak:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> vidím dobře                         | <input type="checkbox"/> slyším dobře   |  |
| <input type="checkbox"/> nevidím dobře, používám brýle, lupu | <input type="checkbox"/> neslyším dobře | <input type="checkbox"/> používám naslouchadla |

doplňte: .....

### Jste orientován/a:

- |        |                              |                             |          |                              |                             |
|--------|------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|
| časem  | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | osobou:  | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| místem | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | situací: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

### Pohyblivost (samostatná chůze, změny polohy v lůžku, přesun do sedu, přesun z lůžka na židli apod)

- |   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sám/a, bez pomoci  | <input type="checkbox"/> nezvládám             |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> s pomocí:          | <input type="checkbox"/> vycházkové hole       | <input type="checkbox"/> francouzských holí | <input type="checkbox"/> chodítka |
| <input type="checkbox"/> invalidního vozíku | <input type="checkbox"/> doprovodu druhé osoby |   |                                   |

### Oblékání, obouvání (volba vhodného oblečení a obuvi, oblékání/svlékání, obouvání/zouvání, zapínání oblečení a obuvi):

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sám/a, bez pomoci        | <input type="checkbox"/> nezvládám |
| <input type="checkbox"/> s pomocí, doplňte: ..... |                                    |

**Strava, příjem tekutin:** sám/a, bez pomoci  nezvládám s pomocí, doplňte: ..... dietní strava, upravovaná strava, alergie, doplňte: .....**Osobní hygiena (zajištění hygienických pomůcek, ranní a večerní hygiena, péče o zuby a zubní náhradu, holení, celková koupel, mytí a úprava vlasů, péče o nehty):** sám/a, bez pomoci  nezvládám s pomocí, doplňte: .....**Výkon fyziologické potřeby (včasné použití toalety, použití WC křesla, podložní mísy, močové lahve, provedení očisty, jednorázové inkontinenční kalhotky):** sám/a, bez pomoci  nezvládám s pomocí, doplňte: .....**Péče o zdraví (dodržování léčebného režimu, dietního opatření, zajištění, příprava a užívání léků, návštěva ordinace lékaře):** sám/a, bez pomoci  nezvládám s pomocí, doplňte: .....**Uveďte Vaše zájmy a aktivity, ve kterých chcete dále pokračovat:**

.....

.....

.....

**Chod domácnosti (zajištění nákupu, používání elektrospotřebičů, zajištění úklidu, hospodaření s finančními prostředky, vyřizování osobních záležitostí):** sám/a, bez pomoci  nezvládám s pomocí, doplňte: .....**Prostor pro Vaše další doplňující informace:**

.....

.....

.....