ŽÁDOST
O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov pro seniory v Lázních Kynžvart,
příspěvková organizace, Polní 378, Lázně Kynžvart

○ **Domov pro seniory** **(zatrhněte prosím zvolenou sociální službu)**

○ **Domov se zvláštním režimem** **(zatrhněte prosím zvolenou sociální službu)**

Zřizovatelem je Karlovarský kraj, Závodní 353/88, Karlovy Vary.
Sociální služby jsou poskytovány za podpory Karlovarského kraje.

DATUM PODÁNÍ ŽÁDOSTI:	**EVIDENČNÍ ČÍSLO:**
Žadatel: …….. příjmení	 ……. jméno
Narozen: …….. den, měsíc, rok	
Trvale bytem:	
Telefonní číslo:	
Adresa pro doručování písemností:	
Jiná kontaktní osoba, příbuzní, osoby blízké:	
Jméno a příjmení: telefon: e-mail: Adresa: Příbuzenský poměr, vztah:	
Jméno a příjmení: telefon: e-mail: Adresa: Příbuzenský poměr, vztah:	
Jméno a příjmení: telefon: e-mail: Adresa: Příbuzenský poměr, vztah:	

Zdravotní pojišťovna:	**Státní příslušnost**:

V čem by měla naše služba žadateli pomoci, případně další informace, které považujete za důležité.

……

……

SOUDEM USTANOVENÝ OPATROVNÍK: □ ANO □ NE

v řízení od ….....…….....… (doložit kopii soudního rozhodnutí)

PLNÁ MOC pro zastupování ve všech právních úkonech: □ ANO □ NE (doložit kopii plné moci)

Upozornění:
V případě, že by klientovi po zaplacení úhrady za pobytovou službu nezbylo z jeho příjmů minimálně 15%, má právo požádat o sníženou platbu. V takovém případě musí u sociální pracovnice doložit výši svých příjmů.

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (OPATROVNÍKA):
Tímto prohlašuji, že uvedené osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Žadatel o umístění do Domova pro seniory v Lázních Kynžvart dává svým podpisem souhlas k zjišťování a shromažďování osobních údajů, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.
Souhlasím s tím, že výše uvedené osobní údaje budou zpracovávány a zároveň v anonymizované podobě evidovány v modulu Unikátní žadatel.
Souhlasím, aby zdravotnické zařízení poskytlo z mé zdravotnické dokumentace údaje o mém zdravotním stavu Domovu pro seniory v Lázních Kynžvart, Polní 378, pro účely řízení o přijetí do zařízení sociální péče, v souladu se zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

PŘÍLOHY ŽÁDOSTI:
- Vyjádření lékaře (ne starší tří měsíců)
- Výpis ze zdravotní dokumentace ošetřujícího lékaře
- Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nebo schválení zastoupení členem domácnosti
- kopie Rozhodnutí o příspěvku na péči (pokud byl přiznán ve III. nebo IV. stupni)
- Souhlas se zpracováním osobních údajů žadatele o sociální službu
- Biografický list klienta (služba domov se zvláštním režimem)
- Rozhodnutí o ustanovení zvláštního příjemce důchodu

Vyplněnou Žádost o umístění v Domově pro seniory v Lázních Kynžvart prosíme doručit na adresu:
Domov pro seniory v Lázních Kynžvart, Polní 378, 354 91 Lázně Kynžvart.

Informace o způsobu vyplnění žádosti, o poskytovaných sociálních službách, a další poradenství Vám poskytne v pracovní dny od 7.00 – do 15.00 hod.:

- ředitelka, tel. 354 691 776, 354 691 403, 731 978 044
- sociální pracovník, tel. 354 691 231, 731 437 426, 733 691 509

V…….....… dne: …….

Podpis žadatele nebo soudem ustanoveného opatrovníka nebo osoby, které byla žadatelem udělena plná moc k zastupování ve všech právních úkonech:

..…….....……...

Kontaktní osoby:

souhlasím se zpracováním svých výše uvedených osobních údajů:.....