

11. Ošetřující (praktický) lékař:

Mám přiznán průkaz OZP: TP ZTP ZTP/P NE

Pobírám příspěvek na péči: ANO stupeň: NE

Stručný popis zdravotního stavu:

.....
.....
.....
.....

12. Osoby žijící s žadatelem ve společné domácnosti: manžel(ka), děti a ostatní příbuzní....

Jméno a příjmení	příbuzenský poměr	přesná adresa	telefon	zaměstnání

13. Osoby žijící mimo společnou domácnost: manžel(ka), děti a ostatní příbuzní

Jméno a příjmení	příbuzenský poměr	přesná adresa	telefon	zaměstnání

14. Jméno, adresa a tel. kontakt na zástupce, je-li žadatel(ka) omezen(a) způsobilosti k právním úkonům

.....
.....

15. Prohlášení žadatele (zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. **Zároveň se zavazuji nejpozději do 8 dnů informovat Městský úřad Český Krumlov, odbor sociálních věcí a zdravotnictví o změnách v údajích uvedených v mé žádosti nebo o nástupu do jiného zařízení pro seniory.** Dále souhlasím s tím, aby pro účely posouzení žádosti o přidělení bytu do Soc. sl. SOVY o.p.s. bylo provedeno v případě potřeby sociální šetření v místě mého bydliště nebo v místě, kde se převážně zdržuji, a to i opakovaně.

Dne

.....
vlastnoruční podpis žadatele/ zástupce

16. Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Souhlasím, aby Městský úřad Český Krumlov, odbor sociálních věcí a zdravotnictví (dále jen „správce“) zpracovával moje osobní údaje v písemné i elektronické podobě, a to v nezbytně nutném rozsahu za účelem přidělení bytu zvláštního určení v Soc. sl. SOVY o.p.s.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že správce zpracovává mnou poskytnuté osobní údaje v souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů¹⁾ a uchovává pouze po nezbytně nutnou dobu podle zvláštního právního předpisu²⁾.

Byl/a jsem též informován/a, že poskytnuté osobní údaje mohou být dále v nezbytně nutném rozsahu předávány třetím osobám (dalším správcům) a výhradně ke splnění účelu, pro který byly tyto údaje poskytnuty.

Zároveň uděluji souhlas s tím, aby mé osobní údaje mohly být v potřebném rozsahu a v souladu s výše uvedeným účelem od třetích osob (dalších správců) získávány a ověřovány.

Byl/a jsem také srozuměn/a s tím, že mám právo požadovat přístup ke svým osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz, jakožto i právo na omezení jejich zpracování, vznesení námitek u správce údajů nebo podání stížnosti u dozorového úřadu. Rovněž mám právo získat od správce poskytnuté osobní údaje v odpovídajícím formátu.

Souhlas uděluji dobrovolně a jsem si vědom/a, že ho mohu kdykoliv písemně odvolat. Zároveň si jsem vědom/a, že odvoláním svého souhlasu nemůže být dotčena zákonnost předchozího zpracování mých osobních údajů.

Souhlasím, aby do mé dokumentace nahlížely osoby způsobilé k výkonu sociálního a zdravotnického povolání a ředitel zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

V případě navržení mé osoby jako vhodného adepta pro přidělení bytu do Soc. sl. SOVY o.p.s. souhlasím s uvedením jména, data narození, informací o zdravotním stavu a pod. v materiálu pro RM.

Souhlasím s poskytnutí vyplněného a potvrzeného vyjádření praktického či odborného lékaře o mém zdravotním stavu.

.....
vlastnoruční podpis žadatele/ zástupce

Povinnými přílohami žádosti jsou:

- je-li žadatel omezen způsobilosti k právním úkonům - rozsudek soudu o omezení způsobilosti a listina o ustanovení opatrovníka.
- vyplněné a potvrzené vyjádření praktického či odborného lékaře o zdravotním stavu žadatele

¹⁾ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 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).

²⁾ Spisový a skartační řád Městského úřadu Český Krumlov vydaný na základě ustanovení § 110 odst. 4 písm. e) zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů, a zpracován podle ustanovení § 66 zákona č. 499/2004 Sb. způsobem specifikovaným vyhláškou č. 191/2009 Sb.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění do Soc. sl. SOVY o.p.s.
(příloha žádosti)

1. Příjmení a jméno	
2. Rodné číslo	
3. Adresa trvalého bydliště	

4. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

5. Zdůvodnění, proč žadatel potřebuje poskytování sociální služby do Soc. sl. SOVY o.p.s.

6. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

7. Psychotické onemocnění nebo poruchy chování, demence, deprese, závislosti:

8. Diagnóza (česky):

a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	

9. Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO/NE*)
Používá hole, chodítka, invalidní vozík?	ANO/NE*)
Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?	ANO/NE*)
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko?	ANO/NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit?	ANO/NE*)
Potřebuje lékařské ošetření trvale?	ANO/NE*)
Občas?	ANO/NE*)
Vstane bez pomoci ze židle?	ANO/NE*)
Je schopen se/si sám - najíst	ANO/NE*)
- vykoupat	ANO/NE*)
- obléci	ANO/NE*)
- obout	ANO/NE*)
- umýt obličej či ruce	ANO/NE*)
Je pod dohledem specializovaného odborného pracoviště? (psychiatrického, protialkoholního, neurologického)	ANO/NE*)

Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu? ANO/NE*)

*) nehodící se škrtněte

Upozornění:

(Soc. sl. SOVY o.p.s – je zařízení, které je určeno soběstačným žadatelům, jelikož žadatel žije samostatně v nájemním bytě na základě nájemní smlouvy. V případě potřeby a jeho zájmu lze poskytovat klientovi placené sociální služby, není zde však zajišťována komplexní celodenní péče).

Dne

.....

podpis lékaře

.....

razítko lékaře, zařízení