Žádost o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby

I. Žadatel

Jméno:	**Příjmení:**	**Titul:**
Datum narození:		
Adresa trvalého pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**
Adresa skutečného pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**

II. Předmět žádosti

Žádám o zavedení odlehčovací pobytové služby v termínu od _____ do _____.

III. Osoby, které mají být kontaktovány v případě potřeby

Příjmení:	**Telefon:**
Příjmení:	**Telefon:**

Nám. Dr. E. Beneše 555/6,729 29 Ostrava
www.moap.cz
IC 00845451 **DIC** CZ00845451
Číslo účtu 19-923761/0100

OSTRAVA!!!
MORAVSKÁ OSTRAVA A PŘÍVOZ

Klient prohlašuje, že byl při podání žádosti o uzavření této smlouvy informován o tom, v jakém rozsahu a pro jaký účel budou zpracovány jeho osobní údaje, které poskytl.

Zpracování výše uvedených osobních údajů probíhá pouze pro účely posouzení odůvodněnosti zavedení odlehčovací služby, zpracování, uzavření a plnění smlouvy o poskytnutí odlehčovací služby. Důvodem zpracování osobních údajů je příprava, podpis a plnění smlouvy sepsané dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

Správcem osobních údajů je statutární město Ostrava, městský obvod Moravská Ostrava a Přívoz, IČ: 00845451, se sídlem nám. Dr. E. Beneše 555/6, 729 29 Ostrava. Uvedení Vašich osobních údajů je dobrovolné. Bez poskytnutí údajů Vás však nebudeme moci Vaši žádost posoudit a smlouvu uzavřít. Vaše osobní údaje budou uchovány po dobu trvání smluvního vztahu a případného vymáhání právních nároků ze smlouvy vyplývajících a následně v souladu se spisovým a skartačním řádem správce vydaným v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů po dobu 5 let od ukončení poskytování odlehčovací služby. Po uplynutí této doby bude v souladu s citovaným zákonem provedeno skartační řízení.

Obecné informace o zpracování Vašich osobních údajů, jakož i informace o pověřenci pro ochranu osobních údajů, Vašich právech a způsobech jejich uplatnění naleznete na stránce http://gdpr-moap.ostrava.cz.

Rozsah a míra podpory poskytované odlehčovací služby

1/samostatně 2/dohled 3/dopomoc 4/nezbytná pomoc druhé osoby

Rozsah poskytované odlehčovací služby	**Míra podpory** (vyjádřete číselnou škálou 1-4)
Pomoc a podpora při podávání jídla a pití	
Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	
Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	
Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	
Pomoc při úkonech osobní hygieny	
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	
Pomoc při použití WC	
Zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování	
Pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby	
Doprovázení k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět	
Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob	
Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující sociální začleňování osob	
Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů	
Pomoc při vyřizování běžných záležitostí	
Nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností	

V Ostravě dne: _____

Podpis žadatele: _____

Plná moc

I. Zmocnitel /žadatel/

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Datum narození:		
Adresa trvalého pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**
Adresa skutečného pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**

II. Zmocněnec

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Datum narození:		
Adresa trvalého pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**
Adresa skutečného pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	**Město:**	**PSČ:**

Zmocnitel (žadatel) tímto dává plnou moc zmocněnci k zastupování ve věci vyřízení žádosti o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby.

V

dne :

_____

Zmocnitel

Plnou moc přijímám

V

dne

_____

Zmocněnec

Vyjádření ošetřujícího lékaře k poskytování pobytové odlehčovací služby na území města Ostravy

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Jméno lékaře:

1) Zdravotní stav žadatele/ky vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení?

(Odlehčovací pobytová služba **není** zdravotnickým zařízením. Nejsme schopni poskytnout péči osobám, které potřebují hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.)

• ano • ne

2) Chování žadatele/ky by z důvodu nemoci mohlo závažným způsobem narušovat kolektivní soužití (např. agresivita, výrazná noční aktivita, bloudění, odmítání spolupráce apod).

• ano • ne

3) Jsou u žadatele/ky diagnostikovány poruchy paměti?

• ano • ne

4) Je u žadatele/ky z důvodu uvedené diagnózy nutný doprovod druhé osoby mimo budovu, kdy hrozí zvýšené riziko vlastní újmy na zdraví?

• ano • ne

5) Trpí žadatel/ka akutní infekční nemocí? Popř. je bacilonosičem některé infekční nemoci?

• ano • ne

6) Je pod dohledem specializovaného oddělení, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod., uveďte:

7) Žadatel/ka je zdravotně způsobilý/á samostatně jednat ve věci uzavření smlouvy o poskytnutí odlehčovací pobytové služby dle § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

☐ ano ☐ ne ☐ trvalý stav ☐ dočasný stav

**Pokud zaškrtnete možnost ne, uveďte, zda se jedná o stav trvalý nebo dočasný*

8) Alergie

- ano (jaká)
- ne

9) Dieta:

- ano (jaká)
- ne

Odlehčovací pobytová služba zajišťuje úkony zdravotní péče pomocí Agentury domácí péče. Poukaz na případnou péči vystavuje vždy praktický lékař uživatele. Klient služby po celou dobu pobytu zůstává v péči svého praktického lékaře.

Datum:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Vyjádření lékaře nesmí být starší než 1 měsíc před prvním využívání pobytové odlehčovací služby *a má platnost 1 rok, nezmění-li se výše uvedené skutečnosti.*