|  |  |
| --- | --- |
| Razítko Městského centra sociálně rehabilitačních služeb-domov pro seniory,  Baldovská 638, 344 01 Domažlice | Evidenční číslo: ………………………………….. |

**Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem**

**Žadatel** (jméno, příjmení): ...............................................................................................................

Datum narození:...................................................Místo narození:.....................................................

Bydliště:……………………………………………………………………..………………………

Telefon:……………………………………………Státní příslušnost:............................................

**Rodinný stav:**

a) svobodný (á)

b) ženatý/vdaná

c) rozvedený (á)

d) ovdovělý (á) e) žije s druhem/družkou

**Životní povolání**  ……………………………………….

**Příjem žadatele - druh** …………………………………………

**Kontaktní osoba:**

Jméno, příjmení:…………………………………………………………………………………….

Adresa:…………………………………………. …………… PSČ: …………………………….

Telefon:………………………………………………………….E MAIL: ……………………….

Vztah k žadateli:…………………………………………………………………………………….

**Další kontaktní osoby – jméno, telefon:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Způsobilost k právním úkonům | | | | | | | | | | | |
| **Zájemce je omezen ve svéprávnosti:** | | | | | | | | | ano ne | | |
| rozhodnutím soudu v | | |  | | ze dne |  | | | | | |
| Zákonný zástupce stanovený rozhodnutím soudu v | | | | | |  | | | | | |
| Jméno a příjmení | | |  | | | | | | | | |
| adresa | |  | | | | | | | | | |
| telefon | |  | | | | e-mail: | | | | | |
| opatrovnický spis veden u soudu: | | | |  | | pod č.j.: | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Vyplňujte pouze u zájemců bez soudně upravené | | | | | | | | | | | |
| **způsobilosti k právním úkonům:** | | | | | | | | | | | |
| Osoba, která je na základě plné moci oprávněna za zájemce uzavírat smlouvu o sociální službě: | | | | | | | | | | | |
| Jméno a příjmení | | |  | | | | | | | | |
| adresa | |  | | | | | | | | | |
| telefon | |  | | | | e-mail | | | | | |
| Osoba, která je rozhodnutím soudu ustanovena opatrovníkem pro uzavírání smlouvy o soc. službě: | | | | | | | | | | | |
| Jméno a příjmení | | |  | | | | | | | | |
| adresa | |  | | | | | | | | | |
| telefon | |  | | | | e-mail | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Příspěvek na péči | | | | | | | | | | | |
| Stupeň závislosti | | |  | | | | | | | Výše v Kč: | |
| Adresa úřadu, který příspěvek vyplácí: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Praktický lékař:** |  | |  | | | |  | telefon | | |  |
| adresa |  | |  | | | |  |  | | |  |
| **Zdravotní pojišťovna:** |  | |  | | | |  |  | | |  |

**Přílohy k žádosti:**

1. **Potvrzení o příspěvku na péči**
2. **Plná moc**- pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel
3. U žadatele, který je omezen ve způsobilosti k právním úkonům- ověřenou **kopii rozhodnutí soudu** a **listinu/ usnesení** o ustanovení opatrovníka

**Prohlášení žadatele:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby Městské centrum sociálně rehabilitačních služeb – domov pro seniory Domažlice shromažďovalo a zpracovávalo osobní údaje týkající se mé osoby obsažené v této žádosti, a to pro účely poskytování sociálních služeb, a to po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze smlouvy o poskytování sociální služby. Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoli změnu zpracovávaných osobních údajů. Dále tímto výslovně prohlašuji, že jsem byl(a), v souladu s ustanoveními § 11 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s poskytováním sociální služby. Pověřuji výše uvedenou kontaktní osobu k zastupování v následném osobním jednání se sociálními pracovnicemi Městského centra sociálně rehabilitačních služeb – domov pro seniory.

…....................................................................

vlastnoruční podpis

V ...................................................... dne:.................................

**Vyjádření lékaře MCSRS o vhodnosti umístění do Domova se zvláštním režimem.**

Dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře