

Datum přijetí žádosti:
Přijal:
Evidenční číslo žádosti:

Žádost o poskytování pobytových služeb v Domově se zvláštním režimem Šarlota Care s.r.o., Prosečnice 10, Krhanice 25742, dále jen („Domov se zvláštním režimem“).

Žadatel:

Jméno:.....
Příjmení:..... Rodné.....
Rodné číslo:.....
Zdravotní pojišťovna.....
Telefonní číslo:.....
Email:.....

Adresa trvalého pobytu žadatele:

Obec:.....
Ulice/Číslo popisné:.....
PSČ:.....

Důvod pro využití služby:

.....
.....

Očekávání od služby:

.....
.....

Kontaktní osoba:

Jméno:.....
Příjmení:.....
Adresa:.....
Telefon:.....
Email:.....
Vztah k žadateli:.....

Zástupce žadatele/opatrovník:

Jméno:.....
Příjmení:.....
Adresa:.....
Telefon:.....
Email:.....
Vztah k žadateli:.....

Pokud je žadatel zastoupen opatrovníkem, nebo rodinným příslušníkem na základě plné moci, je nutné vyplnit i všechny údaje o zástupci žadatele, včetně doložení příslušných dokumentů, jako je plná moc, rozhodnutí soudu o opatrovnictví, atd.

Příspěvek na péči:

Prosím uveďte, jestli má žadatel přiznaný příspěvek na péči a v jakém stupni:.....

Všeobecný praktický lékař žadatele:

Název poskytovatele zdravotních služeb:.....

Jméno a příjmení ošetřující lékaře:.....

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:.....

Telefon:.....

Email:.....

Další odborní lékaři žadatele – psychiatr, geriatr:

Název poskytovatele zdravotních služeb:.....

Jméno a příjmení ošetřující lékaře:.....

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:.....

Telefon:.....

Email:.....

Žadatel je povinen před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu ve smyslu ustanovení § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Prohlášení žadatele (zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a o svobodné vůli. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek vyřazení z evidence žadatelů, či vypovězení Smlouvy o poskytování služby sociální péče v Domově se zvláštním režimem Šarlota Care s.r.o. Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Zavazuji se, že budu informovat pověřené pracovníky Domova se zvláštním režimem při změnách poměrů uvedených v této žádosti (např. sociální situace, zdravotní stav, kontaktní údaje, aj.) Tímto ve smyslu obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) uděluji souhlas k předání svých osobních údajů v rozsahu této žádosti Poskytovateli sociálních služeb Šarlota Care s.r.o. za účelem vedení evidence klientů a žadatelů o poskytování pobytové sociální služby, zjištění duplicitních žádostí a skutečného počtu unikátních zájemců o službu. Souhlas uděluji na dobu vedení v evidenci klientů či žadatelů o poskytování pobytové sociální služby.

.....

(čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zástupce)

V dne