Zámek Břežany, příspěvková organizace
Břežany 1, 671 65 Břežany
Tel: 515 277 111
E-mail: info@zamekbrezany.cz
www.zamekbrezany.cz

Příloha č. 3 k SQ 3
aktualizace č. 2

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOZP BŘEŽANY

A. OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

1. Žadatel:

Jméno a příjmení…….

Den, měsíc a rok narození……...

Adresa trvalého pobytu..…….

…….

Adresa současného pobytu……..

…..……..

Telefon: ……..… E-mail: ……..…….

2. Svéprávnost:

Žadatel **JE – NENÍ *** omezen ve svéprávnosti rozhodnutím soudu v ……..……

ze dne ……..…… č. j. ……..……

U žadatele **BYL – NEBYL *** podán podnět na zahájení řízení o omezení svéprávnosti.

3. Opatrovník

Jméno a příjmení…….

Doručovací adresa……..

……..

Telefon: ……..… E-mail: ……..…….

4. Kontaktní osoba, která Vám pomáhá při vyřizování Žádosti (v případě, kdy není zák. zástupce/opatrovník)

Jméno a příjmení…….

Doručovací adresa……..

……..

Telefon: ……..… E-mail: …….…….

Vztah k žadateli……

B. CÍLOVÁ SKUPINA

Mentální postižení: lehký / středně těžký / těžký / hluboký stupeň *

Kombinace: zrakové / sluchové / tělesné postižení *

C. ČEHO CHCETE PROSTŘEDNICTVÍM SLUŽBY DOZP ZÁMEK BŘEŽANY DOSÁHNOUT?

Uveďte, v čem bychom Vám mohli v naší službě pomoci, jaké máte potřeby a požadavky, co očekáváte od poskytování sociální služby:

……

……

……

Je možné potřeby žadatele řešit ambulantní (např. denní stacionář) nebo terénní (např. pečovatelskou) sociální službou? Je žadatelem využívána?

……

……

……

Kde se v současné době nacházíte (př. doma, nemocnice, LDN) a kdo Vám poskytuje péči?

……

……

……

D. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (popř. jeho zákonného zástupce, opatrovníka, jiné zastupující osoby):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a jsem si vědom/a povinnosti informovat poskytovatele o všech změnách, které by mohly změnit rozhodující okolnosti pro poskytování sociální služby.

Souhlasím s tím, že kompletní žádost je posouzena kompetentními pracovníky Zámku Břežany p. o. podle pravidel poskytovatele, zda zájemce o službu patří do cílové skupiny DOZP Břežany a v případě, že jsou naplněny podmínky pro poskytování sociální služby v našem zařízení, je žádost zařazena do evidence a žadatel je o tomto informován.

Osobní údaje jsou zpracovávány za účelem vyřízení Žádosti o poskytování sociální služby v DOZP Břežany a zpracování statistiky v rámci Evidence žadatelů a uživatelů sociálních služeb Krajského informačního systému sociálních služeb Jihomoravského kraje.

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES a Zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů uděluji svým podpisem souhlas ke zpracovávání osobních údajů až do doby její archivace a skartace. Tento souhlas mám právo kdykoliv odvolat a žádost mi bude vrácena zpět.

V……. dne…….

…..……..
podpis žadatele, popř. opatrovníka, zákonného zástupce

* nehodící se škrtněte

Přílohy k žádosti:

- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – praktický lékař
- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – psychiatr
- Kopie Rozsudku o omezení svéprávnosti žadatele a ustanovení jeho opatrovníka, příp. kopie jiného rozhodnutí soudu, kterým je určená osoba oprávněna k zastupování žadatele

U osobního jednání předložit k nahlédnutí:

- Originál rodného listu + občanský průkaz

Revidoval/a: Eva Cuperová, Bc. Pavla Hrabalíková, DiS.
Datum účinnosti: 1. 4. 2025
Schválil/a: Mgr. Ing. Vít Janků, v.r

Zámek Břežany, příspěvková organizace
Břežany 1, 671 65 Břežany
Tel: 515 277 111
E-mail: info@zamekbrezany.cz
www.zamekbrezany.cz

Příloha č. 1 k Žádosti o poskytování sociální služby v DOZP Zámek Břežany

Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – praktický lékař

Žadatel:

Jméno a příjmení…….

Datum narození…….……...

Adresa trvalého bydliště...……...

…….

Anamnéza (osobní, rodinná):

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Diagnóza (česky): statistický značka podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Medikace:

Jiné údaje (např. alergie, dieta, kompenzační pomůcka):

Další potřeby:

Je schopen sám sebe obsloužit ANO NE *

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE *

Je upoután trvale / převážně * na lůžko

Je inkontinentní trvale / občas / v noci *

Potřebuje lékařské ošetření trvale / občas *

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

Potřebuje zvláštní péči (pokud ano, jakou):

Vyjádření ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do Chráněného bydlení Šanov:

Hlavní zdravotní postižení zájemce o službu je mentální postižení.
ANO NE *

Zdravotní stav zájemce o službu vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
ANO NE *

Zájemce o službu není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.
ANO NE *

Chování zájemce o službu by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.
ANO NE *

Dne:

Podpis, razítko:

* nehodící se škrtněte

Příloha č. 2 k Žádosti o poskytování sociální služby v DOZP Zámek Březany

Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – psychiatr

Žadatel:

Jméno a příjmení…….

Datum narození……..……...

Adresa trvalého bydliště……...

……...

Hlavní psychiatrická diagnóza:

Jiná duševní porucha či choroba:

Projevy chování (př. slovní, fyzická agrese, sebevražedné sklony, apod.):
příp. ochranná léčba – jaká a proč byla nařízena:

Medikace:

Dne:

Podpis, razítko: