|  |  |
| --- | --- |
|  |  **DPS Buštěhrad** Revoluční 323, 273 43 Buštěhrad IČO: 693 42 288, DIČ: CZ69342288 tel. 312 250 280, 724 881 210 e-mail: info@dpsbustehrad.cz  web: www.dpsbustehrad.cz |

# Žádost a šetření k zavedení pečovatelské služby

**1. Osobní údaje**:

Jméno, příjmení……………………………………………

Rodné číslo / datum narození:……………………......................

Trvalé bydliště ……………………………………………………………….. PSČ: ………….

Adresa místa, kde má být PS poskytována (je-li jiná) : ………………………………………

Telefon: ……………………………………….

**2. Náklady za službu uhradí:**

klient osobně jiná osoba(jméno, příjmení)……………………………………..

 (příloha: souhlas dané osoby dle GDPR)

**3. Žadatel je osobou mající nárok na poskytování služby bez úhrady:** NE/ANO

(rodina s trojčaty a více, účastník odboje, rehabilitace, z tábora nucených prací, prac. útvarů, PTP, pozůstalý po těchto osobách – viz dle § 75 odst. 2) – nutno písemně doložit !

**4. Kontakt na blízkou nebo jinou osobu:** (pro případ zhoršení zdravotního stavu či jiné nenadálé situace – např. nepřítomnost klienta) – (příloha: souhlas dané osoby dle GDPR)

 Jméno, příjmení vztah bydliště telefon

**5. Jméno a adresa zákonného zástupce** (při zbavení způsobilosti k právním úkonům): ……………………………………………………… (příloha: souhlas dané osoby dle GDPR)

**6. Klíč od bytu**: NE/ANO …………………………………………………………….............

 (počet, od vrátek, bytu, vchod. dveří aj.)

**7. Domácí zvířata** (jsou-li v bytě či na pozemku klienta), jaká budou přijata opatření, aby nedocházelo k ohrožení či zranění pracovníků: ………………...................................................

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

**8. Údaje o zdravotním stavu** (dobrovolné údaje):

Údaje vhodné pro poskytování služby – např. zhoršený sluch, zrak, pohyb, infekční onemocnění, žloutenka, svrab, epilepsie …

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

**9. Stručné důvody pro zavedení služby (dle žadatele)** (proč potřebuje službu, s jakými činnostmi potřebuje pomoci apod.)

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

Rozpis a četnost prováděných úkonů – dále viz rozpis úkonů na Příloze

**10. Jak bude klient spolupracovat při poskytování úkonů** (co zajistí, co zvládne, v jakém dílčím úkonu potřebuje pomoci): …………………………………………….........................

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

Kontrola průběhu a rozsahu poskytované služby klíčovým pracovníkem při každé změně nebo nejméně 2 xročně.

**11. Osobní cíl klienta (obecně):**

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

**12. Souhlas k nahlédnutí (osobní spis):** (mimo pracovníky organizace) **NE / ANO**

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

Jméno a příjmení vztah k žadateli bydliště

(příloha: souhlas dané osoby dle GDPR)

**13. Žadatel byl seznámen:**

* s ochranou osobních údajů - poskytovatel se zavazuje zachovávat mlčenlivost o osobních a citlivých údajích
* se vstupem pracovníka organizace do bytu
* s používáním klíčů od bytu nebo domu pracovníky organizace (žadatel klíč předává a souhlasí s jeho využitím pro účely poskytování služby)
* s obsahem práce klíčového pracovníka
* se Smlouvou o poskytování sociální služby (lze předložit vzor) a jejími přílohami, tj. s vnitřními pravidly organizace, s formou úhrady za úkony, se způsobem vyřizování stížností (zkrácená verze)
* s nahlédnutím do spisu (z.č. 500/2004 Sb. § 52)
* s telefonickými kontakty na organizaci

**14. Prohlášení žadatele a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů:**

* **Prohlašuji**, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl **pravdivě**. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by vedly k případnému požadování náhrady vzniklé škody.
* **Souhlasím** s povinností **nezbytné součinnosti** z mé strany vůči sociální službě, zejména při včasném oznamování požadavků na službu, nejméně dva dny předem (např. rozšíření poskytovaných úkonů, odhlášení objednaných úkonů, změna zdravotního stavu – zvláště při zjištění infekční či parazitární choroby). Výjimku tvoří náhlá zdravotní indispozice klienta, která vyžaduje okamžitou hospitalizaci.
* V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění **o ochraně osobních a citlivých údajů,** svým podpisem **uděluji souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s využitím sociální služby, a to až do doby jejich archivace a skartace.
* **Souhlasím**, aby do mé dokumentace **nahlíželi osoby způsobilé** k poskytování sociální služby, které jsou v organizaci zaměstnané, a to pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

**15. Poznámky** (např. zjištěné důležité skutečnosti, doporučení ze strany poskytovatele….)

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

Datum zahájení služby:……………..

Datum podání žádosti: ………………………………..

Záznam provedla: …………………….

 ……………………………………

 vlastnoruční podpis žadatele

 nebo jeho zákonného zástupce

Příloha:

1. Příloha k žádosti o zavedení, rozšíření nebo změnu úkonů PS (seznam jednotlivých úkonů)
2. Ceník činností PS ( úhradovník)

Další možné přílohy (doloží žadatel):

1. Žádost o poskytování sociální služby zdarma – týká se u osob –viz bod č.2
2. Je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům – rozsudek soudu o zbavení způsobilosti a listina o ustanovení opatrovníkem.

**Příloha č.1 - k |žádosti a šetření k zavedení pečovatelské služby**

Mám zájem o tyto služby – seznam úkonů:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osobní hygiena v domácnosti |  | Běžné a velké nákupy |  |
| Osobní hygiena v DPS |  | Praní prádla |  |
| Dovoz / zajištění oběda + služby spojené s dovozem |  | Zapůjčení kompenzačních pomůcek |  |
| Pomoc při přípravě jídla a pití |  | Dovoz autem |  |
| Úklid a údržba domácnosti |  | Pedikúra, stříhání, masáže |  |
| Zprostředkování lékaře, úřadů |  | Podpora při užívání léků |  |
|  |  |  |  |