ŽÁDOST O OSOBNÍ ASISTENCI
Identifikátor služby : 1570223
poTom, z.s. - Kbel
Tel.: 608 547 953

---

1. Žadatel

Jméno, příjmení a titul žadatele (osoba, které má být služba poskytována):

.....

Věk:..... Datum narození.....Telefon: .....

Adresa současného pobytu: .....

Státní příslušnost: ..... Stav: .....

Žadatel **byl/nebyl** zbaven způsobilosti k právním úkonům /nehodící se škrtněte/

Jméno a příjmení opatrovníka:.....

Kontaktní telefon/mail opatrovníka:.....

Příspěvek na péči /prosíme zaškrtněte jednu z variant/

stupeň I. /lehká závislost/ **stupeň II. /středně těžká/**

stupeň III. /těžká/ **stupeň IV. /úplná/**

nepobírám **žádost podána dne.....**

Jste držitelem průkazu /prosíme zaškrtněte/ TP ZTP ZTP/P nejsem držitelem

2. Kontaktní osoba – osoba, která bude po dobu služby komunikovat s vedoucími pracovníky poTom, z.s. a osobními asistenty.

Jméno a příjmení: .....

Telefon: .....E-mail:.

.....

Adresa současného pobytu:.....

Vztah k žadateli – příbuzenský či jiný:.....

3. Další osoby, které můžeme v případě potřeby kontaktovat:

Jméno a příjmení:.....Telefon:.....

Jméno a příjmení:.....Telefon:.....

4. Specifikace zájmu o osobní asistenci :

Máte zájem využívat naši službu pravidelně? ……..

Kolik dnů v týdnu a v jakém časovém rozsahu? ……..

……

Termín, ve kterém službu požadujete:……

Při kterých činnostech potřebujete asistenci, jaký druh pomoci:……

……..

……..

……..

……..

……..

Informace o zdravotním stavu žadatele:

Nejdůležitější choroby, postižení:

……..
……..
……..

Z jakých důvodů o službu osobní asistence žádáte a co od ní očekáváte:

……..
……..
……..
……..

souhlas žadatele (opatrovníka) se zpracováním osobních údajů :

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by mohly mít za následek neposkytnutí služby, popřípadě i ukončení poskytování sociální služby.
Dávám svým podpisem souhlas poskytovateli služby k zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých osobních údajů dle zákona č. (podkladů pro zpracování smlouvy) a evidenci v rozsahu potřebném pro poskytování sociální služby a to až do doby jejich skartace.

Prohlášení o zdravotním stavu:

Netrpím **Infekčními a parazitárními chorobami** všech druhů a stádií, při kterých mohu být zdrojem nákazy (Tuberkulóza, s výjimkou stádií PIII. A MIII. A dalších stabilizovaných a inaktivních forem)
Netrpím pohlavními chorobami v akutním stadiu (v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře příslušného zdravotnického zařízení)
Netrpím Psychózami a psychickými poruchami, při nichž mohu ohrozit sebe nebo i druhé, respektive mé chování znemožňuje kontakt a spolupráci s osobním asistentem
Nemám chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku

V ……dne:…….

…….. ……
podpis kontaktní osoby/opatrovníka/ podpis žadatele, je-li možno

Vyplňuje pracovník:

Datum jednání sociální komise:……

Rozhodnutí sociální komise:……..

……

Podpisy členů komise:……..

Oznámeno žadateli:……

Užívané léky:

Doporučuji využívání služeb Osobní asistence spolku poTom pro žadatele

…… ……..
datum podpis sociálního pracovníka poTom, z.s.

Vyjádření sociálního pracovníka o výsledku šetření před vstupem do služby OA nebo před vyjádřením o nepřijetí