



ŽÁDOST O OSOBNÍ ASISTENCI
Identifikátor služby : 5343562
poTom, z.s. - Praha
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

Vdne:.....

.....
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