

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHB

Chráněné bydlení poskytuje péči lidem ve věku od 18 let s primárně mentálním postižením. Služba je určena osobám, které potřebují pomoc v některé z činností: poskytnutí stravy nebo pomoc při její přípravě; zajištění chodu domácnosti; výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutických činnostech; uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí; osobní hygieně a při zajištění podmínek pro osobní hygienu.

Základní osobní údaje zájemce

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa, kontakt	
Svéprávnost	<input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> omezená
Jméno a příjmení zástupce/ podpůrce/opatrovníka	
Vztah k zájemci / druh zastupování	
Adresa, kontakt zástupce/ podpůrce/opatrovníka	

Preferuji	<input type="checkbox"/> CHB Bruntál <input type="checkbox"/> CHB Rýmařov
-----------	---

Z jakého důvodu o službu v naší organizaci žádáte

--

Zařazení do cílové skupiny (zaškrtněte platné)

Stupeň mentálního postižení	<input type="checkbox"/> Osoba bez mentálního postižení <input type="checkbox"/> Osoba s lehkým mentálním postižením <input type="checkbox"/> Osoba se středně těžkým mentálním postižením <input type="checkbox"/> Osoba s těžkým mentálním postižením <input type="checkbox"/> Osoba s hlubokým mentálním postižením
Lékařská péče	<input type="checkbox"/> Osoba potřebuje poskytnutí odborné celodenní péče <input type="checkbox"/> Osoba je trvale upoutaná na lůžko
Zdravotní stav	<input type="checkbox"/> Osoba trpí poruchami autistického spektra <input type="checkbox"/> Osoba závažným způsobem narušuje kolektivní soužití <input type="checkbox"/> Osoba trpí nestabilizovanými – stabilizovanými* poruchami chování <input type="checkbox"/> Osoba potřebuje noční službu <input type="checkbox"/> Osoba trpí infekční chorobou <input type="checkbox"/> Osoba trpí závislostí na nelegálních drogách - na alkoholu* <input type="checkbox"/> Osoba je nevidomá <input type="checkbox"/> Osoba je neslyšící <input type="checkbox"/> Osoba používá kompenzační pomůcky:.....

* nehodící se škrtněte

Prohlašuji, že jsem veškeré informace uvedl/a pravdivě.

Podepsáním stvrzuji, že jsem srozuměn/a s nutností shromažďovat a zpracovávat osobní údaje dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Uvedené údaje budou použity v řízení o přijetí do sociální služby. Osobní údaje zájemce budou dále použity při vedení evidence o přijatých žádostech, a to v rozsahu osobních dat uvedených v této žádosti. S těmito údaji je seznámen ředitel, jeho zástupce (v případě nepřítomnosti ředitele), vedoucí služby CHB a sociální pracovnice.

V případě nemožnosti vyhovět žádosti, je žádost automaticky zaslána zpět zájemci. Sagapo, příspěvková organizace nevede pořadník čekatelů na sociální službu, pouze evidenci o přijatých žádostech. V opačném případě vyzve poskytovatel k předložení posudku o zdravotním stavu.

V dne

.....

podpis zájemce

.....

podpis zástupce