



**Žádost o poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením  
Benjamín, p.o., středisko Petřvald**

**Jméno zájemce o službu:** .....

**Datum narození:** .....

**Bydliště:** .....

.....

**Doručovací adresa (pokud se neshoduje s adresou bydliště):** .....

.....

**Státní občanství:** .....

**Zástupce zájemce (opatrovník, jinak určená osoba):**

Jméno: .....

Adresa: .....

Telefon, e-mail: .....

.....

**Důvod podání žádosti o poskytování sociální služby:**

**Příspěvek na péči (prosím, zaškrtněte):**

- I. stupeň
- II. stupeň
- III. stupeň
- IV. stupeň
- v řízení
- nepřiznán

## Souhlas zájemce o službu se zpracováním osobních údajů

Já, níže podepsaný/á (dále jen „**Subjekt údajů**“) uděluji tímto příspěvkové organizaci Benjamin, se sídlem Modrá 1705, Petřvald, PSČ , IČO: 00847461, (dále jen „**Správce**“), souhlas se zpracováním mých osobních údajů, a to za níže uvedených podmínek:

### **1. Osobní údaje, které budou zpracovány:**

- jméno a příjmení,
- poštovní adresa,
- datum narození

**2. Účelem zpracování osobních údajů je:** Zařazení zájemce o službu do evidence zájemců

### **3. Doba zpracování osobních údajů je:**

Po dobu uložení do evidence zájemců (do doby přijetí nebo po dobu zájmu zájemce), popř. uložení do evidence odmítnutých žádostí (řídí se skartačním řádem), po přijetí součást osobní složky uživatele (data jsou uchovávána po dobu poskytování služby a poté se řídí skartačním řádem)

Subjekt údajů prohlašuje, že byl Správcem řádně poučen o zpracování a ochraně osobních údajů\*, že výše uvedené osobní údaje jsou přesné a pravdivé a jsou Správcem poskytovány dobrovolně.

Subjekt údajů byl seznámen se souhlasem, vzhledem ke svému zdravotnímu postižení však nebyl schopen porozumět v plné míře ústnímu výkladu tohoto obsahu. Se souhlasem byl seznámen rovněž jeho opatrovník a s jejím obsahem souhlasí, což stvrzuje svým vlastnoručním podpisem.

V ..... dne .....

Podpis Subjektu údajů (podpis zájemce, je-li možný) .....

Podpis zástupce zájemce: .....

### **\*Poučení Subjektu údajů**

Správce tímto v souladu s ustanovením čl. 13 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, obecného nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen „**Nařízení**“), informuje, že:

- osobní údaje Subjektu údajů budou zpracovány na základě jeho svobodného souhlasu, a to za výše uvedených podmínek,
- důvodem poskytnutí osobních údajů Subjektu údajů je zájem Subjektu údajů o zařazení do evidence zájemců o poskytování sociální služby, což by bez poskytnutí těchto údajů nebylo možné,
- při zpracování osobních údajů Subjektu údajů nebude docházet k automatizovanému rozhodování ani k profilování

- Správce má pověření pro ochranu osobních údajů, kterým je **F.S.C. BEZPEČNOSTNÍ PORADENSTVÍ a.s.**, IČ: 25884646 se sídlem: Vítkovická 1994/22, 702 18 Ostrava, e-mail: poverenecMSK@fsc-ov.cz
- Správce nepředá osobní údaje Subjektu údajů do třetí země, mezinárodní organizaci nebo jiným, než výše uvedeným třetím osobám,
- Subjekt údajů má právo kdykoliv odvolat svůj souhlas se zpracováním osobních údajů, právo požadovat od Správce přístup ke svým osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování, a vznést námitku proti zpracování, má právo na přenositelnost těchto údajů k jinému správci, jakož i právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, má-li za to, že Správce při zpracování osobních údajů postupuje v rozporu s Nařízením.



**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením Benjamín, p.o., středisko Petřvald**

**Jméno zájemce o službu:** .....

**Datum narození:** .....

**Zdravotní stav zájemce o službu umožňuje využívat pobytových služeb domova pro osoby se zdravotním postižením:**

Ano       Ne

**Potřebuje zájemce o službu trvalou lékařskou péči (24hodinovou přítomnost lékaře v zařízení):**

Ano       Ne

**Využívá zájemce služby odborných lékařů?**

Ano       Ne

**Pokud ano, jakých?**

.....

**Jiné důležité údaje ke zdravotnímu stavu a zdravotní rizika ovlivňující běžný život zájemce:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Datum:**

**Podpis a razítko lékaře:**

Tento posudek je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jednou z podmínek uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, §36 uvádí, že poskytování pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.