



**Žádost o přijetí do domova pro osoby se zdravotním postižením,
v Havířově, Moskevská 1588/7a 736 01 Havířov- Město**

Doručovací adresa: Benjamín, p. o. Modrá 1705, 735 41 Petřvald

Jméno zájemce o službu (dítěte):

Datum narození:

Bydliště:

.....

Doručovací adresa (pokud se neshoduje s adresou bydliště):

.....

Státní občanství:

Zákonný zástupce (rodič, opatrovník, poručník, jinak určená osoba):

Jméno:

Adresa:

Telefon, e-mail:

.....

Kdo a kde se o dítě staral dosud?

(prosím, popište):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Důvody, proč již tato péče nestačí – změny v situaci dítěte:

(prosím, popište):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Žadatel je (prosím, zaškrtněte):

- ☐ dítě s nařízenou ústavní výchovou
☐ dítě bez nařízené ústavní výchovy

Příspěvek na péči (prosím, zaškrtněte):

- ☐ v řízení
☐ přiznán
☐ nepřiznán

Údaje uvedené v žádosti považuje Domov pro osoby se zdravotním postižením Benjamín, p. o. v Havířově za důvěrné. Budou použity pouze pro účely posouzení možnosti přijetí do služby sociální péče a nebudou poskytnuty třetím osobám.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce dítěte)

Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, shromažďování, zpracovávání a uchovávání osobních údajů v souladu se Zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění a nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů („GDPR“) a k jejich užití v rámci posuzování této žádosti a souhlasím, aby organizace evidovala mou žádost v Evidenci žadatelů.

Dále prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě a o případných změnách budu Domov pro osoby se zdravotním postižením Benjamín, p. o. v Havířově informovat.

Nedílnou přílohou Žádosti je Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce.

Datum:

Podpis žadatele (zákonného zástupce):



**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce
o poskytování sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením
Benjamín p. o., Havířov**

Jméno zájemce o službu (dítěte):

Datum narození:

Zdravotní stav umožňuje využívat pobytových služeb domova pro osoby se zdravotním postižením:

ANO x NE

Stupeň mentálního postižení: LEHKÉ X STŘEDNĚ TĚŽKÉ X TĚŽKÉ X HLUBOKÉ

Autismus: ANO X NE

Potřebuje trvalou lékařskou péči (24h přítomnost lékaře v zařízení): ANO X NE

Jiné důležité údaje ke zdravotnímu stavu:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Podpis a razítko lékaře:

Tento posudek je jednou z podmínek uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením a dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

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