

# Žádost o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby

## I. Žadatel

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Datum narození:		
Adresa trvalého pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:
Adresa skutečného pobytu		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:

## II. Předmět žádosti

Žádám o zavedení odlehčovací pobytové služby v termínu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

## III. Osoby, které mají být kontaktovány v případě potřeby

Příjmení:	Telefon:
Příjmení:	Telefon:

---

Klient prohlašuje, že byl při podání žádosti o uzavření této smlouvy informován o tom, v jakém rozsahu a pro jaký účel budou zpracovány jeho osobní údaje, které poskytl.

Zpracování výše uvedených osobních údajů probíhá pouze pro účely posouzení odůvodněnosti zavedení odlehčovací služby, zpracování, uzavření a plnění smlouvy o poskytnutí odlehčovací služby. Důvodem zpracování osobních údajů je příprava, podpis a plnění smlouvy sepsané dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

Správce osobních údajů je statutární město Ostrava, městský obvod Moravská Ostrava a Přívoz, IČ: 00845451, se sídlem nám. Dr. E. Beneše 555/6, 729 29 Ostrava. Uvedení Vašich osobních údajů je dobrovolné. Bez poskytnutí údajů Vás však nebudeme moci Vaši žádost posoudit a smlouvu uzavřít. Vaše osobní údaje budou uchovány po dobu trvání smluvního vztahu a případného vymáhání právních nároků ze smlouvy vyplývajících a následně v souladu se spisovým a skartačním řádem správce vydaným v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů po dobu 5 let od ukončení poskytování odlehčovací služby. Po uplynutí této doby bude v souladu s citovaným zákonem provedeno skartační řízení.

Obecné informace o zpracování Vašich osobních údajů, jakož i informace o pověřenci pro ochranu osobních údajů, Vašich právech a způsobech jejich uplatnění naleznete na stránce <http://gdpr-moap.ostrava.cz>.

---

Žádost o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby - Příloha č. 1

## Rozsah poskytované odlehčovací služby

1/samostatně 2/dohled 3/dopomoc 4/nezbytná pomoc druhé osoby

Rozsah poskytované odlehčovací služby	(vyjádřete číselnou škálou 1-4)
Pomoc a podpora při podávání jídla a pití	
Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	
Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	
Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	
Pomoc při úkonech osobní hygieny	
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	
Pomoc při použití WC	
Zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování	
Pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby	
Doprovázení k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět	
Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob	
Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující sociální začleňování osob	
Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů	
Pomoc při vyřizování běžných záležitostí	
Nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností	

V Ostravě dne: \_\_\_\_\_

Podpis žadatele: \_\_\_\_\_

Žádost o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby - Příloha č. 2

## Vyjádření ošetřujícího lékaře

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Žadatel není schopen chůze bez cizí pomoci:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Žadatel je upoután trvale nebo převážně na lůžko:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Žadatel je schopen sám sebe obsloužit:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

### Inkontinence:

- |                                 |                              |                             |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> trvale | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| <input type="checkbox"/> občas  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| <input type="checkbox"/> v noci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

### Potřebuje lékařské ošetřování:

- |                                 |                              |                             |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> trvale | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| <input type="checkbox"/> občas  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Je pod dohledem specializovaného oddělení, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod., uveďte:

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

V Ostravě dne:

Razítko a podpis lékaře:

## Plná moc

### I. Zmocnitel /žadatel/

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Datum narození:		
<b>Adresa trvalého pobytu</b>		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:
<b>Adresa skutečného pobytu</b>		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:

### II. Zmocněnec

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Datum narození:		
<b>Adresa trvalého pobytu</b>		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:
<b>Adresa skutečného pobytu</b>		
Ulice, číslo or./po.:	Město:	PSČ:

Zmocnitel (žadatel) tímto dává plnou moc zmocněnci k zastupování ve věci vyřízení žádosti o uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby.

V

dne :

\_\_\_\_\_  
Zmocnitel

Plnou moc přijímám

V

dne

\_\_\_\_\_  
Zmocněnec