

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY - CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ



telefon: 518 614 899
email: socialni1@horizontkyjov.cz

Domov Horizont
Strážovská 1096/3
697 01 Kyjov

www.horizontkyjov.cz

Všechny požadované údaje musí být vyplněny

1. **Jméno a příjmení:** _____
telefon: _____
e-mail: _____

2. **Narozen/a:** _____
den měsíc rok

3. **Bydliště:** _____
obec ulice číslo (popisné) PSČ

4. **Potřeby, přání, záliby:**

Uvedte, v čem by Vám chráněné bydlení mělo pomoci, jaké máte potřeby a požadavky:

Uvedte prosím, jaké máte koníčky, záliby, zájmy, oblíbené činnosti:

5. **Opatrovnictví:**

Zaškrtněte prosím dle skutečnosti:

- Jsem svéprávný/á.
 Byl podán podnět na omezení svéprávnosti.
 Jsem zastoupen/a opatrovníkem.

Jméno a příjmení opatrovníka: _____

adresa: _____

telefon: _____

e-mail: _____

Přiložte prosím kopii rozsudku.

Jiná kontaktní osoba:

Jméno a příjmení: _____

adresa: _____

telefon: _____

e-mail: _____

6. Prohlášení:

Podepsaný zájemce, popř. opatrovník bere na vědomí, že pokud bude zařazen do Evidence zájemců o poskytování sociální služby chráněného bydlení, může s ním být uzavřena Smlouva o poskytování sociální služby chráněného bydlení až v případě, že se uvolní vhodné místo, a že bude minimálně 1x za rok kontaktován za účelem aktualizace údajů, které by měly vliv na poskytování chráněného bydlení a současně za účelem zjištění, zda trvá jeho zájem o poskytování chráněného bydlení.

V souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů pro poskytování sociální služby, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Zájemce, popř. jeho opatrovník dává v souladu s odst.1) písm. b) § 65 zákona č. 372/2011 Sb., souhlas, aby se ředitel Domova Horizont, vedoucí chráněného bydlení a pracovník pověřený jednáním se zájemcem o sociální službu chráněného bydlení seznámili s informacemi uvedenými v příloze této žádosti "Vyjádření lékaře" za účelem posouzení, zda Zájemce patří do cílové skupiny chráněného bydlení Domova Horizont.

V _____ dne _____ 20_____ podpis zájemce, popř. zájemce a jeho opatrovníka

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE (nesmí být starší jak 3 měsíce)

o zdravotním stavu zájemce

o poskytování sociální služby chráněného bydlení

1. Zájemce

příjmení jméno

Narozen/a

den měsíc rok místo

Bydliště

obec ulice číslo_____
pošta PSČ

2. Anamnéza (rodinná, osobní):

3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

4. Diagnóza (česky):

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

a) Hlavní

b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Je léčen/a specializovanou ambulancí např. plicní, neurologickou, psychiatrickou, ortopedickou, resp. chirurgickou a interní:

V případě, že je léčen/a v psychiatrické ambulanci, přiložte aktuální lékařskou zprávu ne starší jak 3 měsíce!

Potřebuje zvláštní péči - jakou:

6. Jiné údaje:

7. Vyjádření lékaře posuzujícího vhodnost umístění zájemce o poskytování chráněného bydlení:

Cílovou skupinou chráněného bydlení Domova Horizont jsou muži a ženy s mentálním postižením, a s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným po dovršení 18 let do 80 let.

Chráněné bydlení Domova Horizont nemůže poskytovat sociální službu následujícím osobám:

Osobám, jejichž chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití v Domově Horizont.

Osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

Osobám, které nejsou schopny pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.

NA ZÁKLADĚ VÝŠE UVEDENÉHO PROHLAŠUJI, ŽE ZÁJEMCE ODPOVÍDÁ CÍLOVÉ SKUPINĚ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ DOMOVA HORIZONT.

Dne

Razítko, podpis