

# OBECNĚ PROSPĚŠNÁ SPOLEČNOST SV. JOSEFA, o.p.s.

Ropice č. 11, 739 61, tel. 558 761 564

<b>ŽÁDOST</b> o umístění do Domova pro seniory		Evidována dne:	<input type="text"/>
<i>Jméno a příjmení, titul</i>			
1. Žadatel:	<input type="text"/>		
2. Datum narození:	<input type="text"/>	Státní příslušnost:	<input type="text"/>
3. Adresa trvalého bydliště:	<input type="text"/>		
Místo aktuálního pobytu:	<input type="text"/>		
Číslo telefonu:	<input type="text"/>		
<b>4. Příspěvek na péči /označte křížkem/:</b>			
I. stupeň - Lehká závislost	880,- Kč	<input type="checkbox"/>	
II. stupeň - Středně těžká závislost	4.400,- Kč	<input type="checkbox"/>	
III. stupeň - Těžká závislost	12.800,- Kč	<input type="checkbox"/>	
IV. Stupeň - Úplná závislost	19.200,- Kč	<input type="checkbox"/>	
Příspěvek není přiznán	<input type="checkbox"/>	Příspěvek v řízení	<input type="checkbox"/>
<b>5. Druh diety:</b> <input type="text"/>			
<b>6. Sociální kontakty /osoba, která má být informována o závažných skutečnostech/:</b>			
<i>Jméno a příjmení / vztah k žadateli</i>		<i>Adresa</i>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<i>Telefon / email</i>			
<input type="text"/>			
<b>7. Praktický lékař:</b>			
<i>Jméno a příjmení</i>		<i>Adresa / Telefon</i>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>8. Prohlášení</b>			
a) Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.			
b) Bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti /vyjádření lékaře/ si hradí na své náklady.			
c) Žadatel souhlasí se zveřejněním informací o svém zdravotním stavu jeho praktickým lékařem jako součásti žádosti o umístění.			
d) Bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální služby neprodleně sdělí vedení Obecně prospěšné společnosti Sv. Josefa, o.p.s.			
e) Žadatel souhlasí, aby poskytovatel služeb dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů shromažďoval, zpracovával a uchovával jeho osobní a citlivé údaje, potřebné pro poskytování soc. služby.			
f) V případě, že pomine důvod k umístění, informuje neprodleně vedení OPS			
Datum:	<input type="text"/>	Vlastnoruční podpis žadatele nebo zplnomocněnce /opatrovníka/:	<input type="text"/>
Přílohy:	- vyjádření lékaře		