

**Evidenční číslo:**  
(Vyplňuje zařízení)

## ŽÁDOST

**o umístění do Charitní odlehčovací služby**  
dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách

Datum podání žádosti.....

### 1. Osobní údaje žadatele

Jméno: ..... Příjmení: .....

Datum narození: ..... Telefon: .....

Trvalé bydliště: .....

Místo současného pobytu (pokud není totožné s trvalým): .....

.....Státní příslušnost: .....

Zákonem ustanovený zástupce/opatrovník: .....

Žadatel bydlí:  osaměle  s příbuznými \*

### 2. Důvody pro podání žádosti (nutný odpočinek, nemoc, rekonvalescence, dovolená pečující osoby a jiné)

.....  
.....

### 3. Jaká jsou Vaše očekávání, potřeby, cíle (v čem Vám může služba pomoci / co od služby očekáváte?)

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

#### 4. Předpokládaný datum pobytu

od..... do .....

---

#### 5. Kontaktní údaje

Uvedte, kdo má být informován v případě návštěvy sociálního pracovníka u žadatele, v případě volného místa - nástupu do Charitní odlehčovací služby:

sám žadatel     jiná kontaktní osoba (syn, dcera, jiný příbuzný) \*

Kontaktní osoba	Vztah k žadateli	Kontaktní adresa	Telefon, e-mail

Kontaktní osoba/y svým podpisem souhlasí s vedením výše uvedených osobních a citlivých údajů.

Podpis kontaktní osoby:.....

---

#### 6. Kdo převezme péči o klienta po jeho propuštění (pokud se nejedná o kontaktní osobu):

Kontaktní osoba	Vztah k žadateli	Kontaktní adresa	Telefon, e-mail

Kontaktní osoba/y svým podpisem souhlasí s vedením výše uvedených osobních a citlivých údajů.

Podpis kontaktní osoby:.....

**7. V případě, že Charitní odlehčovací služba nemá volnou kapacitu, žádám o zařazení mé žádosti do Evidence žadatelů o přijetí.**

Ano

Ne\*

V souladu s Nařízením evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), dávám svým podpisem souhlas, aby poskytnuté osobní údaje v žádosti a jejich přílohách byly zpracovány a uchovány v Evidenci žadatelů o přijetí po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.

Podpis žadatele, zástupce nebo jeho opatrovníka:.....

**8. Souhlas a podpis žadatele**

Souhlasím se zpracováním osobních údajů:

- V souladu s § 5, zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních údajů souvisejících s přijímacím řízením a pobytem v zařízení, a to až do doby jejich archivace a skartace. Tento souhlas se týká také údajů o mém zdravotním stavu.
- V souladu s § 67, písm. b, zákona č. 20/1965 Sb., o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů souhlasím s tím, aby do mé zdravotní dokumentace nahlížely osoby způsobilé k výkonu zdravotnického povolání. Vedoucí zařízení a pověření pracovníci pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

Dne ..... v .....

.....  
podpis žadatele,  
zástupce nebo soudem jmenovaného opatrovníka

\* zakřížkujete/doplňte vhodnou variantu

**Povinné přílohy k žádosti:**

- Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobyt v Charitní odlehčovací službě
- Fotokopie usnesení soudu o jmenování opatrovníka, pokud je tento opatrovník soudem jmenován

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  
**o zdravotním stavu žadatele o pobyt v Charitní odlehčovací službě**

**1. Žadatel**

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: ..... Číslo pojištěnce: .....

Bydliště: .....

.....

.....

**2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy)**

**3. Potřebuje žadatel lékařské ošetření:**

- občas  
 trvale v jakém rozsahu

**Dochází žadatel k odborným lékařům:**

- ne  
 ano ke kterým

**Setkal se žadatel v poslední době s infekčním onemocněním, (TBC, hepatitidy,...)**

- ne  
 ano se kterým

#### 4. Diagnóza

- a) Hlavní
- b) Ostatní choroby

#### 5. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)

**Trpí žadatel demencí?** (pokud ANO, prosíme Vás o vyjádření odborného lékaře – neurologa, příp. psychiatra)

ANO

Typ demence:

Stupeň:

NE

Dne ..... v .....

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře