#  ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY

# BYDLENÍ K-PAX (CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ)

*Žádost vyplňuje zájemce o službu. Slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Žadatele uvádí pouze pravdivé údaje. Součástí žádosti je příloha č. 1 a 2.*

*FOKUS České Budějovice, z. ú. zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 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). Zpracováváme osobní údaje pouze k účelům, které jsou jasně stanovené a v rozsahu a po dobu nezbytnou pro naplnění těchto účelů.*

***Základní údaje****:*

|  |
| --- |
| Příjmení a jméno žadatele: |
| Datum a místo narození: |
| Trvalé bydliště:Současný pobyt: |
| Telefon:Email: |
| Rodinný stav: |
| Svéprávnost (Pokud jste omezen/na ve svéprávnosti, uveďte prosím v jakém rozsahu): |
| Jméno a kontakt na Opatrovníka, Zástupce či Podpůrce: |

***Důvod k podání žádosti****:*

*Zde uveďte, proč žádáte o sociální službu BYDLENÍ K-PAX a co od ní očekáváte.*

|  |
| --- |
|  |

## Příloha žádosti o poskytnutí služby BYDLENÍ K-PAX č. 1

**VYJÁDŘENÍ PSYCHIATRA K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY BYDLENÍ K-PAX**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

**Pan/í:**

**Datum narození:**

má zájem o využívání služby BYDLENÍ K-PAX poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/ky s jeho/jejím vědomí a písemným souhlasem.

FOKUS České Budějovice, z. ú., zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 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). Zpracováváme osobní údaje pouze k účelům, které jsou jasně stanovené a v rozsahu a po dobu nezbytnou pro naplnění těchto účelů. Prosíme Vás tedy o vyplnění.

*Souhlasím s poskytnutím informací*

Podpis klienta/ky:

Ošetřující psychiatr:

|  |
| --- |
| Psychiatrická diagnóza: |
| Celková délka psychiatrické léčby: |
| Poslední hospitalizace: |
| Duševní onemocnění/porucha chování způsobená užíváním psychoaktivních látek -pokud ano jaká: |
| Ochranné léčení: |
| Klinický stav za posledních 6 měsíců *(spolupráce klienta v léčbě, zacházení s medikací…):* |
| Rizikové tendence objevující se v dosavadním průběhu nemoci*(pokusy o sebepoškození, samovolné vysazování léků, agrese, sexuální obtěžování, zneužívání návykových látek):* |
| Spouštěče relapsu/významné stresory*(Co způsobuje zhoršení zdravotního stavu? Jak se může zhoršení projevit? Co klientovi pomáhá?):* |
| Další sdělení, doporučení či postřehy: |

Datum:

**Podpis a razítko lékaře:**

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY BYDLENÍ K-PAX**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

**Pan/í:**

**Datum narození:**

má zájem o využívání služby BYDLENÍ K-PAX poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/tky s jeho/jejím vědomí a písemným souhlasem tj. podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

FOKUS České Budějovice, z. ú. zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 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). Zpracováváme osobní údaje pouze k účelům, které jsou jasně stanovené a v rozsahu a po dobu nezbytnou pro naplnění těchto účelů. Prosíme Vás tedy o vyplnění.

Vyjádření praktického (ošetřujícího) ke zdravotnímu stavu zájemce. Uveďte prosím, zda má zájemce o službu taková zdravotní omezení (např. epilepsie, dieta, diabetes..), o kterých bychom měli vědět, abychom zajistili bezpečí klienta. V případě, je-li to relevantní, uveďte infekční onemocnění. To souvisí s užíváním společných prostor a jejich vybavení s dalšími uživateli služby.

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno praktického ošetřujícího lékaře: |  |
| Kontakt: |  |
| Infekční onemocnění: |  |
| Další: |  |
| Datum: | Podpis a razítko lékaře: |

Prohlášení žadatele, opatrovníka, že veškeré údaje uvedl správně a svým podpisem dává souhlas se shromažďováním osobních údajů podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů pro potřeby z. ú. FOKUS České Budějovice:

FOKUS České Budějovice, z. ú. zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 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). Zpracováváme osobní údaje pouze k účelům, které jsou jasně stanovené a v rozsahu a po dobu nezbytnou pro naplnění těchto účelů.

V ………………………………………… dne ……………………..

 Podpis žadatele

 (zákonného zástupce)

## Příloha žádosti o poskytnutí služby BYDLENÍ K-PAX č. 2

**Dojednání o zpracování a ochraně osobních a citlivých údajů**

Jméno a příjmení ......................................................................................................................................

Rodné číslo………………………………………………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště…………………………………………………………………………………………………………………

Kontaktní adresa………………………………………………………………………………………………………………

Telefon …………………………………………………………………………………………………………………………

Uděluji souhlas z. ú. FOKUS České Budějovice zpracovávat mnou uvedené osobní a citlivé osobní údaje ve službě chráněného bydlení (§ 51, zákon o sociálních službách).

Souhlasím se sdílením těchto informací mezi pracovníky výše uvedené služby.

Byl/a jsem informován/a a souhlasím s poskytnutím těchto údajů pro potřeby hodnocení realizovaných projektů a kontroly čerpání veřejných financí.

V ….................................................................... dne .............................................

 ………………………………………………..

 podpis

Poznámky:

Datum přijetí žádosti:

Žádost posouzena (kdy a kým s jakým výsledkem):