



## Žádost o poskytnutí odlehčovací služby

Vyplňuje poskytovatel	
Evidenční číslo žádosti (přiděleno po zaevidování)	
Datum vřazení do evidence	

### Vyplňuje zájemce o službu

Příjmení	Jméno	Titul
Trvalé bydliště - město	Ulice, číslo popisné, PSČ	
Doručovací adresa - město (liší-li se od TB)	Ulice, číslo popisné, PSČ	
Datum narození	Státní příslušnost	Kontaktní údaje (telefon, e-mail)
Délka požadovaného pobytu, případně přesný požadovaný termín (minimálně 7 dní, maximálně 3 měsíce)		
Druhy přechodného pobytu		
<input type="checkbox"/> Rekondiční (zaměřený na posílení fyzické kondice spojený s intenzivním nácvikem soběstačnosti)		
<input type="checkbox"/> Odlehčovací (zaměřený na relaxaci a odpočinek spojený s individuální podporou běžných denních činností)		
Důvod podání žádosti		
Osoba blízká (příjmení, jméno, titul, vztah k zájemci)	Kontakt na osobu blízkou (adresa, telefon, e-mail)	
Za zájemce, u kterého soud rozhodl o omezení svéprávnosti (nutné doložit), je na žádosti a následně i na smlouvě nutný podpis zákonného zástupce (opatrovníka, zástupce člena domácnosti atd.).		
Zákonný zástupce (příjmení, jméno, titul)	Kontakt na zákonného zástupce (adresa, telefon, e-mail)	

**Čerpání odlehčovací služby** je podmíněno uzavřením písemné smlouvy, a to v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

**Zájemce o službu bere na vědomí, že** žádost je potvrzena písemným vyjádřením lékaře. Poté následuje proces schvalování žádosti. V případě, že zájemce splnil všechna kritéria, je proces schvalování žádosti ukončen vřazením žádosti do evidence zájemců o službu. Nepravdivé údaje mohou vést k vyřazení žádosti z evidence zájemců o službu.

**Zájemce o službu prohlašuje, že** si řádně přečetl náležitosti této žádosti, veškeré údaje v této žádosti uvedl podle skutečnosti a stvrzuje svým podpisem, že záměr podat žádost je projevem svobodné vůle.

V

dne

\_\_\_\_\_  
Podpis zájemce o službu (zákonného zástupce)

**Poskytovatel se zavazuje, že** s osobními údaji získanými pro potřebu zpracování žádosti bude nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zákonem č. 111/2019 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů a v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 ze dne 27.4.2016, obecném nařízení o ochraně osobních údajů.

# Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu zájemce o odlehčovací službu

Příjmení (zájemce)	Jméno	Titul	Datum narození
Hlavní diagnóza (česky)			
Ostatní diagnózy			
Projevy narušující kolektivní soužití			
Zájemce o službu trpí akutní infekční chorobou, (popř. jakou) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Zájemce o službu splňuje cílovou skupinu odlehčovací služby <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			

**Odlehčovací služba** je určena osobám od 18 let a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost, a to převážně z důvodů způsobených chronickým onemocněním, chronickým duševním onemocněním, zdravotním postižením nebo z důvodů věku u seniorů. Jedná se o osoby, které jsou ve svém přirozeném prostředí závislé na pomoci svých blízkých.

Službu nabízíme zájemcům na přechodnou dobu v případě, kdy jim nemůže být poskytnuta odpovídající péče ze strany rodinného pečovatele (dovolená, lázeňský pobyt, hospitalizace v nemocnici atd.), a dále osobám, které prodělaly onemocnění, v jehož důsledku došlo ke ztrátě schopnosti pečovat o sebe, a které se chtějí vrátit zpět do domácího prostředí a minimalizovat svou závislost na pomoci druhých.

V

dne

Podpis a razítko praktického lékaře

## Informace poskytovatele

Zájemce o službu je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Zájemce o službu je schopen podpisu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Poznámka (žádost o odklad apod.)	Datum
Důvod zrušení žádosti o službu	Datum