**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY**

**ŽADATEL** (klient)

**Jméno a příjmení** (titul):

Rodné číslo: Telefon:

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ):

Adresa, na které bude služba poskytována:

**Pobíráte Příspěvek na péči?** [ ]  ANO [ ]  NE [ ]  zažádáno

Stupeň uznaného příspěvku na péči: [ ]  I. st. [ ]  II. st. [ ]  III. st. [ ]  IV. st.

**PEČUJÍCÍ OSOBA**

**Jméno a příjmení** (titul):

Datum narození: Telefon:

Vztah k žadateli:

Adresa (vč. PSČ):

**Důvody pro využití Terénní odlehčovací služby a důležitá sdělení:**

**Prosím, zaškrtněte údaje sebeobsluhy a soběstačnosti žadatele:**

POHYBLIVOST: [ ]  chodící [ ]  posazován [ ]  imobilní

SCHOPNOST CHŮZE: [ ]  bez cizí pomoci [ ]  s doprovodem [ ]  s holí [ ]  s chodítkem

 [ ]  neschopen chůze

HYGIENA: [ ]  sám [ ]  s pomocí [ ]  odkázán na pečující

KONTINENCE MOČI: [ ]  plně kontinentní [ ]  občas inkontinentní [ ]  trvale inkontinentní

KONTINENCE STOLICE:[ ]  plně kontinentní [ ]  občas inkontinentní [ ]  trvale inkontinentní

ORIENTACE: [ ]  orientován zcela [ ]  orientován částečně [ ]  dezorientován zcela

PSYCHICKÝ STAV: [ ]  klidný [ ]  rozrušený [ ]  zmatený

**Žádám o Terénní odlehčovací službu v tomto rozsahu:**

*V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, níže udělujete souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s podáním Žádosti o poskytování Terénní odlehčovací služby:*

[ ]  *Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem zařazení do evidence uchazečů, poskytnutí sociálního poradenství, zajištění terénních odlehčovacích služeb.*

[ ]  *Souhlasím s nahlížením do spisu sociálním týmem domácího hospice.*

*Uvědomuji si, že mám právo na nahlížení do dokumentace, právo na opravu či pozdější anonymizaci. Souhlas mohu kdykoli prokazatelným způsobem odvolat*

V dne

 podpis žadatele podpis pečující osoby

Žádost byla [ ]  SCHVÁLENA [ ]  NESCHVÁLENA

zdůvodnění:

V Prachaticích, dne

podpis odpovědného pracovníka