

ŽÁDOST O PŘIDĚLENÍ BYTU ZVLÁŠTNÍHO URČENÍ V DOMĚ S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU MĚSTA MNICHOVO HRADIŠTĚ

--

PODACÍ RAZÍTKO MĚSTA

Jméno a příjmení:						Datum narození	
						Číslo OP	
Trvalé bydliště:						TELEFON:	
Stávající bydliště:							
Rodinný stav: *	svobodný/á/	ženatý vdaná	rozvedený/á/ rozloučený/á/	ovdovělý/á/	žije s druhem /družkou/		
Povolání:			Poslední zaměstnání:				
Bytové poměry: *	byt městský	byt vlastní	byt družstevní	rodinný dům	byt nájemní	jiné	
Druh důchodu: *	starobní	invalidita I. stupně	invalidita II. stupně	invalidita III. stupně	vdovský /vdovecký/	jiný/jaký/:	
Výše důchodu:							
Stupeň závislosti na pomoci jiné osoby: *	ANO /v případě, že jste příjemcem příspěvku na péči, doložte kopii rozhodnutí o jeho přiznání/			NE			
Využití sociálních služeb: *	ANO			NE			
Současné bytové podmínky: *	Výtah /uvádějte pouze v případě, že bydlíte ve II. nadzemním podlaží a výše/		ANO		NE		
	Vytápění na tuhá paliva		ANO		NE		
	Koupelna; WC; voda v domě		ANO		NE		

- Vámi zvolenou variantu zakroužkujte

Ošetřující lékař:	
-------------------	--

Osoby žijící s žadatelem ve společné domácnosti:	Jméno, adresa, telefon, příbuzenský poměr, datum narození, rodinný stav, zaměstnání:
Kontakt na rodinu (děti, jiní příbuzní, apod.):	Jméno, adresa, telefon, příbuzenský poměr:

Prohlašuji, že nemám žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči městu Mnichovo Hradiště, organizacím jím zřízovaným či správcům nemovitého majetku ve vlastnictví města Mnichova Hradiště.

Souhlasím s provedením sociálního šetření v místě svého skutečného pobytu. Sociální šetření bude provedeno za účelem zjištění soběstačnosti.

Prohlašuji, že veškeré informace, které uvádím v žádosti a jejích přílohách, jsou pravdivé.

Souhlasím s evidováním údajů týkajících se mého zdravotního stavu. Dále souhlasím s evidováním osobních údajů, které budou použity pouze v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů - zákon č. 101/2000 Sb., v platném znění.

Souhlasím s tím, že město Mnichovo Hradiště /správce údajů/, Masarykovo nám. 1, 296 01 Mnichovo Hradiště je oprávněno:

- zpracovávat ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, mé osobní údaje, a to pro účely vyřízení mé žádosti o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou,
- na základě tohoto souhlasu se zpracováním osobních údajů poskytnout tyto informace orgánům obce,
- souhlasím s tím, aby osobní údaje uvedené v žádosti o přidělení bytu zvláštního určení v domě s pečovatelskou službou byly evidovány za účelem přidělení bytu zvláštního určení v DPS, a to do doby přidělení bytu zvláštního určení, případně do doby, kdy bude žádost z evidence žadatelů vyřazena.

Po uplynutí této doby bude žádost archivována.

Souhlas může být kdykoliv odvolán, pokud se klient /subjekt údajů/ se správcem údajů výslovně nedohodne jinak.

Přílohy k žádosti:

1. vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele

V Mnichově Hradišti, dne:.....

.....
PODPIS ŽADATELE

Všechny sdělené informace jsou důvěrné a budou použity pouze v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů - **Zákon č. 101/2000 Sb.**

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o přidělení bytu zvláštního určení
v domech s pečovatelskou službou města Mnichovo Hradiště**

1. Žadatel:
jméno a příjmení

narozen:
den, měsíc a rok narození

bydliště:
adresa trvalého pobytu

2. Popis celkového zdravotního stavu žadatele, včetně diagnóz:

3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

4. Hodnocení soběstačnosti:

Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO - NE*)
Je upoután TRVALE - PŘEVÁŽNĚ*) na lůžko	ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO - NE*)
Pomočuje se: trvale	ANO - NE*)
občas	ANO - NE*)
v noci	ANO - NE*)
Potřebuje lékařské ošetření: trvale	ANO - NE*)
občas	ANO - NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)	ANO - NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	

5. Další speciální údaje, např.:

HBsAg	ANO - NE*)
TBC	ANO - NE*)
Abusus alkoholu	ANO - NE*)
Abusus toxických látek	ANO - NE*)
Patologické hráčství	ANO - NE*)

6. Vyjádření praktického lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domu s pečovatelskou službou:**7. Razítko zdravotnického zařízení, datum a podpis lékaře:**

Dne:

.....
podpis a razítko lékaře

*) nehodící se škrtněte