**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 ohledně 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