**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