 **CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH
V Sídlišti 347, 330 22 Zbůch**
 **377 830 611**

**fax: 377 830 600**

**e–mail: info@centrumzbuch.cz**

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE**

**smyslu § 90 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Rodné číslo** *[nepovinné]* |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Adresa trvalého bydliště, PSČ** |  |
| **Výše příspěvku na péči** | **1. stupeň** | **2. stupeň** | **3. stupeň** | **4. stupeň** |
| **Žadatel** ⃝ **je – není** ⃝ **omezen ve svéprávnosti** ( označte volbu ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka/kontaktní osoby** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Požadované služby** | ( označte volbu ) |
| **Ubytování** | ⃝ ANO | NE ⃝ |
| **Stravování** | ⃝ ANO | NE ⃝ |

|  |
| --- |
| **Prohlášení uživatele (popř. zákonného zástupce/opatrovníka)** |
| * Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že poskytování sociální služby je možné jen na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb.
* Podepsání smlouvy předchází jednání se zájemcem o sociální službu.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že při vyřizování žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb dochází ke zpracování osobních údajů, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po celou dobu čekání na uvolnění kapacity. Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností poskytovatele sociálních služeb a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník), je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.
* Kontaktní osoba, pokud je v žádosti také uvedena, musí s poskytnutím svých osobních údajů souhlasit. Je tedy nezbytné, aby kontaktní osoba vyplnila a přiložila k žádosti formulář „Souhlas se zpracováním osobních údajů kontaktní osoby“.
* **Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) zároveň prohlašuje, že veškeré údaje, které jsou v žádosti uvedené, jsou pravdivé**.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **V případě plné kapacity soc. služby žádám o zařazení do pořadníku čekatelů**  | ⃝ **Ano** | **Ne** ⃝ |

|  |  |
| --- | --- |
| Ve: dne:  | Podpis žadatele/zákonného zást./opatrovníka |

**PŘIHLÁŠKA**

**k poskytování Sociální rehabilitace v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RODNÉ ČÍSLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BYDLIŠTĚ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

**DIAGNOZA:**

**UŽÍVANÉ LÉKY:**

**UŽÍVANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:**

**REHABILITAČNÍ PROGRAM (vyplní lékař):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | DOPORUČUJI | NEDOPORUČUJI |
| **1. LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA** |   |   |
| **2. VÍŘIVKA CELKOVÁ** |   |   |
| **3. VÍŘIVKA ČÁSTEČNÁ - HK** |   |   |
| **4. VÍŘIVKA ČÁSTEČNÁ - DK** |   |   |
| **5. REHABILITAČNÍ BAZÉN** |   |   |
| **6. CANISTERAPIE** |   |   |
| **7. ERGOTERAPIE** |  |  |
| **8. HIPOTERAPIE** |   |   |
| **(pacienti max. do 70 kg, terapie probíhá za příznivého počasí)** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | LOKALIZACE | ČAS | INTENZITA | PROGRAM |
| **9. PARAFÍN** |   | X | X | X |
| **10. MAGNETOTERAPIE** |   |   |   |   |
| **11. LASEROTERAPIE** |   |   |   |   |
| **12. ULTRAZVUK** |   |   |   | X |

**K žádosti je potřeba doložit zprávy z posledního vyšetření – ortopedického, neurologického, rehabilitačního, popř. dalších.**

Datum: ……………………………… ………………………………………

 razítko a podpis lékaře