**Vstupní dotazník pro uživatelE pečovatelské služby MĚSTA větřní**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:**  |  |
| **Adresa trvalého bydliště:** |  |
| **Kontaktní adresa:**(pokud se liší od trvalého bydliště) |  |
| **Telefon:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodinný stav:** | [ ]  Svobodný/á[ ]  Rozvedný/á[ ]  Ženatý / vdaná[ ]  Vdova / vdovec[ ]  Registrovaný partner/ka |

|  |  |
| --- | --- |
| **Máte přiznán příspěvek na péči dle zákona č.108/2006 Sb.,o sociálních službách ?** | [ ]  Ano[ ]  Ne |
| **Máte přiznán některý průkaz mimořádných výhod pro zdravotně postižené občany?** | [ ]  ZP - těžké postižení[ ]  ZTP - zvlášť těžké postižení[ ]  ZTP/P - zvlášť těžké postižení / průvodce |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Osoby žijící ve společné domácnosti:** |
| **Jméno a příjmení** | **Vztah k žadateli** | **Věk** | **Zaměstnání** |
|  | [ ]  Manžel/manželka[ ]  Druh/družka[ ]  Syn/dcera[ ]  Vnuk/vnučka[ ]  Jiný příbuzenský vztah[ ]  Jiná osoba blízká |  | [ ]  Zaměstnanec[ ]  Osoba samostatně výdělečně činná[ ]  Nezaměstnaný[ ]  Poživatel důchodu[ ]  Studující[ ]  jiné |
|  | [ ]  Manžel/manželka[ ]  Druh/družka[ ]  Syn/dcera[ ]  Vnuk/vnučka[ ]  Jiný příbuzenský vztah[ ]  Jiná osoba blízká |  | [ ]  Zaměstnanec[ ]  Osoba samostatně výdělečně činná[ ]  Nezaměstnaný[ ]  Poživatel důchodu[ ]  Studující[ ]  jiné |
|  | [ ]  Manžel/manželka[ ]  Druh/družka[ ]  Syn/dcera[ ]  Vnuk/vnučka[ ]  Jiný příbuzenský vztah[ ]  Jiná osoba blízká |  | [ ]  Zaměstnanec[ ]  Osoba samostatně výdělečně činná[ ]  Nezaměstnaný[ ]  Poživatel důchodu[ ]  Studující[ ]  jiné |
|  | [ ]  Manžel/manželka[ ]  Druh/družka[ ]  Syn/dcera[ ]  Vnuk/vnučka[ ]  Jiný příbuzenský vztah[ ]  Jiná osoba blízká |  | [ ]  Zaměstnanec[ ]  Osoba samostatně výdělečně činná[ ]  Nezaměstnaný[ ]  Poživatel důchodu[ ]  Studující[ ]  jiné |

|  |
| --- |
| **Kdo má být informován v případě náhlé změny Vašeho zdravotního stavu?** |
| **Jméno a příjmení** | **Kontaktní adresa** | **Telefon** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kontaktní spojení na ošetřující lékaře:** |
| **Jméno a příjmení** | **Kontaktní adresa** | **Telefon** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Poznámky:** |
|  |

Dávám svým podpisem souhlas ke zjišťování,shromažďování a uchovávání osobních údajů-podkladů pro zpracování smlouvy a evidenci rozsahu poskytované sociální služby,včetně podání informací od lékaře o zdravotním stavu v rozsahu důležitém pro zavedení pečovatelské služby,a to až do doby jejich archivace a skartace,v souladu se zákonem č.101/2000 Sb.,o ochraně osobních údajů,ve znění pozdějších předpisů a archivačního a skartačního řádu poskytovatele.

**Čestně prohlašuji, že všechny výše uvedené údaje jsou pravdivé.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Podpis žadatele** |