



**Předpokládaný datum zahájení využívání služby:**

V případě plné kapacity **žádám/nežádám** o zařazení do evidence žadatelů o sociální službu Chráněné bydlení MELA, o.p.s.

Pro řádný průběh vyřizování Vaší žádosti je nutné změny týkající se zdravotního stavu a zajištění péče (např. umístění v jiném zařízení) oznámit v co nejkratší době pracovníkům chráněného bydlení v Kolíně na tel: 607 284 795

Potvrzuji, že všechny údaje v této žádosti jsou pravdivé a úplné.

Souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů k mé osobě pro účely posouzení mé žádosti o přijetí do Chráněného bydlení. Svým podpisem dávám souhlas k uchování a zpracování osobních údajů zde uvedených, a to po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci. Potvrzuji, že jsem byl/byla seznámen/a se svými právy podle zákona 110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů

Uchování osobních údajů můžete také zrušit tím, že zašlete dopis na výše uvedený kontakt.

V ..... dne.....

.....

podpis žadatele

**K této žádosti je nutno přiložit:**

- vyplněný tiskopis „Vyjádření praktického lékaře“ (vyjádření nesmí být starší než tři měsíce) – samostatný formulář
- kopii pravomocného rozhodnutí soudu ve věci zastoupení nebo opatrovnictví (v případě zastoupení)
- souhlas se zpracováním osobních údajů

## SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

**Poskytovatel sociálních služeb MELA o.p.s.**

**Nová 106**

**281 25 Kolín**

**(dále jen „poskytovatel“)**

si tímto dovoluje informovat zájemce a klienta sociální služby o způsobu a rozsahu zpracování osobních údajů ze strany Poskytovatele, včetně rozsahu práv subjektů údajů souvisejících se zpracováním jejich osobních údajů Poskytovatelem.

Poskytovatel zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů; dále jen „GDPR“), a dále v souladu s relevantními vnitrostátními právními předpisy v oblasti ochrany osobních údajů, jako je zákon 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a zákon č. 111/2019 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Poskytovatel shromažďuje a zpracovává osobní údaje pouze v souladu se stanovenými účely a v rozsahu nezbytném pro poskytování sociální služby.

### **Údaje zpracovávané v rámci poskytování sociální služby**

Zpracování osobních údajů je nezbytné pro jednání o zahájení poskytování služby (jednání se zájemcem o službu) jako i řádné poskytování sociální služby.

Poskytovatel shromažďuje a zpracovává osobní a kontaktní údaje získané z **Žádosti o přijetí do sociální služby a Sociálního šetření**, a to v tomto rozsahu: - jméno a příjmení, datum narození, bydliště, telefonní číslo, adresa zájemce, kontakt na kontaktní osobu a její vztah k zájemci, informace o zákonném zástupci (jméno a příjmení, kontakt, vztah k zájemci), důvod podání žádosti (popis nepříznivé sociální situace), informace o fyzických, psychických a sociálních schopnostech a dovednostech zájemců.

Poskytovatel shromažďuje a zpracovává osobní a kontaktní údaje za účelem:

- jednání o přijetí do chráněného bydlení,
- sepsání Smlouvy o poskytnutí sociální služby Chráněné bydlení MELA, o.p.s.,
- zařazení do evidence žadatelů o službu v případě, že v době podání mé žádosti je naplněná kapacita sociální služby a se zařazením do evidence jsem v žádosti souhlasil/a.

Zpracování osobních údajů je nezbytné pro jednání o uzavření nebo změně smlouvy.

Uchování osobních údajů můžete také zrušit tím, že zašlete dopis na výše uvedený kontakt.

V ..... dne .....

.....  
Podpis (fyzické osoby)

### Lékařský posudek

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

**Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého pobytu, popřípadě místo pobytu na území ČR (jde-li o cizince):**

**Účel (důvod) vydání posudku:**

Posouzení zdravotního stavu pro účely poskytnutí pobytové sociální služby v souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

**V souladu s § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže: a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.**

**Posudkový závěr:**

Zdravotní stav posuzované osoby

a) splňuje předpoklady nebo požadavky, ke kterým byla posuzována

b) nesplňuje předpoklady nebo požadavky, ke kterým byla posuzována \*)

**a to z důvodu, že:**

- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití \*)

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát. Písemné prohlášení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku nebo záznam o ústním sdělení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku je součástí zdravotnické dokumentace.

---

Datum vydání lékařského posudku  
poskytovatele zdravotních služeb

---

Jméno, příjmení a podpis lékaře, razítko  
(registrující praktický lékař v oboru všeobecné praktické l  
ékařství nebo není-li, pak jiný praktický lékař)

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

**Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:**

dne .....

podpis posuzované osob