**A. Žádost o individuální příspěvek Nadačního fondu Pečovatel**

|  |  |
| --- | --- |
| Žadatel*(osoba, která má být podporována Nadačním fondem Pečovatel)* | Kontaktní osoba (*vyplňte v případě, že žadatel není schopen sám za sebe komunikovat*) |
| Jméno a příjmení: |  | **Jméno a příjmení:** |  |
| Datum narození: |  | **Vztah k žadateli:** |  |
| Adresa trvalého bydliště: |  | **Telefon / mobil:** |  |
| Adresa poskytování asistenční péče: |  | **Email:** |  |
| Telefon / mobil: |  |  |  |
| Email: |  |  |  |

|  |
| --- |
| Smluvní poskytovatel osobní asistence(*Smluvní poskytovatel osobní asistence je organizace, od které čerpáte hodiny asistenční péče, a která spolupracuje s Nadačním fondem Pečovatel*) |
| Název smluvního poskytovatele osobní asistence:  |  |
| Kraj: |  |
| Jméno vedoucího střediska / Koordinátora služeb asistentů:  |  |
| Telefon: |  |
| Email:  |  |
| Datum podpisu smlouvy s poskytovatelem osobní asistence: |  |

**Odpovězte na otázky a vyplňte tabulky**

*V otázkách se obracíme přímo na žadatele. Pokud žadatel není schopen odpovídat osobně, berte prosím ohled na jeho potřeby a zájmy.*

**1. Proč žádáte Nadační fond Pečovatel o finanční pomoc?**

**2. Jaká je Vaše zdravotní situace / diagnóza?**

**3. Označte stadium Vašeho zdravotního stavu:**

A. klidové (neměnný stav) B. zlepšující se C. zhoršující se

**4. Označte na ose potřebnost Vaší podpory v rozpětí 0 až 10.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**0 10**

 ***nepotřebná*  *velmi potřebná***

**5. S čím Vám pomáhá osobní asistent?**

**6. Kdo se kromě osobních asistentů podílí na péči o Vás?**

**7. Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?**

**8. Co by Vám udělalo radost, popřípadě zlepšilo Vaši životní situaci?**

**9. Od Nadačního fondu Pečovatel žádáte příspěvek na:**

a) Současný počet asistenčních hodin b) Navýšení počtu asistenčních hodin

**10. Kolik korun můžete měsíčně platit za asistenční péči ze svých prostředků? (Vaše spoluúčast)**

**………… Kč měsíčně**

**11. Zapište do tabulky počet hodin asistenční péče, která je Vám poskytována (dle druhu poskytovatele):**

*Den 6 - 22 hod, noc 22 – 6 hod*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Organizace nebo osoba, poskytující asistenční péči** | **Po** | **Út** | **St** | **Čt** | **Pá** | **So** | **Ne** | **Celkem** |
|  Den | Noc |  Den |  Noc |  Den |  Noc |  Den |  Noc |  Den |  Noc |  Den |  Noc |  Den |  Noc | --------------- |
| Smluvní poskytovatel osobní asistence |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Jiný poskytovatel sociálních služeb ………………………………………… |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Jiní placení soukromí asistenti |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domácí zdravotnická péče hrazená pojišťovnou  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Rodina, přátelé, známí, aj. (bezplatné služby) |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Týdně hodin celkem** |  |

**12. Finanční podpora**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Druh podpory ze strany státu | Částka za měsíc |  | Jiná podpora nebo příspěvek od státu, případně podané žádosti v procesu: | Částka za měsíc |
| Příspěvek na péčiStupeň (zakroužkujte) I. II. III. IV.  |  |  |  |  |
| Příspěvek na mobilitu  |  |  |  |  |
| Příspěvek na bydlení |  |  |  |  |
| Starobní důchod |  |  |  |  |
| Invalidní důchod |  |  |  |  |
| Celkem v Kč |  |  | **Celkem v Kč** |  |

**13. Finanční podpora ze strany jiného nadačního fondu nebo organizace**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpora od jiného nadačního fondu nebo organizace** | **Částka za měsíc** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Celkem v Kč** |  |

**14. Vyplňte tabulku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Počet hodin týdně** | **Počet hodin měsíčně** | **Celkem v Kč měsíčně** |
| Počet hodin vaší současné asistenční péče u smluvního poskytovatele? |  |  |  |
| O kolik hodin potřebujete navýšit asistenční péči? |  |  |  |
| Kolik hodin asistenční péče potřebujete celkem?  |  |  |  |
| Kolik asistenčních hodin jste schopen platit ze svých prostředků (spoluúčast)? | X |  |  |
| Navrhněte výši měsíčního příspěvku od NF Pečovatel v hodinách i Kč | X |  |  |
| **Celkem v Kč**  | X | X |  |

**PŘÍLOHY A OSTATNÍ PODPŮRNÝ MATERIÁL:**

 **1) Povinné přílohy této žádosti:**

1. **Můj příběh**

Napište svůj příběh, který chcete sdělit dárcům prostřednictvím webových stránek Nadačního fondu Pečovatel. Popište svou životní situaci, zdravotní stav, rodinné zázemí, Vaše pocity, radosti a starosti. Jak Vám asistenční péče pomáhá a co by pro Vás znamenal příspěvek od Nadačního fondu Pečovatel.

Příběh napište v rozsahu maximálně jedné stránky A4 a pošlete buď elektronicky v čitelném formátu ve **Wordu** emailem na info@pecovatel.cz nebo psaný ručně na adresu: Pod Strašnickou vinicí 13/191, 100 00, Praha 10.

Pokud si nejste jisti, jak Váš příběh formulovat, inspirujte se již zveřejněnými příběhy klientů na www.pecovatel.cz

1. **3 fotografie**

1. fotografie žadatele zachycující typ a rozsah hendikepu, **vyfocená „na šířku“**

2. fotografie žadatele s osobním asistentem/kou (nejlépe v akci)

3. domácí foto při běžných činnostech, rodinné foto, apod.

Fotografie zašlete v digitální podobě na email info@pecovatel.cz

**2) Další podpůrné přílohy**

1. Jakékoli doporučení od organizací, škol, lékařů, asistentů, apod.
2. Kopie schválení příspěvku na péči (alternativně kopie žádosti o příspěvek na péči)
3. Lékařská zpráva
4. Jiné

**INFORMACE PRO VÁS**

Abychom oslovili dárce a pomohli Vám najít prostředky na placení asistenční péče, zveřejníme Vámi zaslaný příběh a fotografie na webových stránkách Nadačního fondu Pečovatel a na sociálních sítích. Chcete-li nám sdělit navíc informace, které zveřejňovat nemáme, ale které mohou pomoci při posouzení Vaší žádosti, označte je jako NEVEŘEJNÉ.

V případě kladného posouzení této žádosti Vás v nejbližší době kontaktuje náš nadační specialista a domluví si s Vámi osobní schůzku. Schůzka by měla proběhnout v místě poskytování osobní asistence nebo v domácím prostředí žadatele.

**PROHLÁŠENÍ O POSKYTNUTÍ OSOBNÍCH DAT A SPRÁVNOSTI ÚDAJŮ A**

**SOUHLAS S POŘIZOVÁNÍM A UVEŘEJŇOVÁNÍM FOTOGRAFIÍ NEBO VIDEOSEKVENCÍ**

Prohlašuji, že všechny výše uvedené údaje a informace jsou pravdivé a poskytuji je dobrovolně.

 **ANO NE**

Jako žadatel o příspěvek uděluji Nadačnímu fondu Pečovatel souhlas ke zpracování a uchování těchto osobních a citlivých údajů v souvislosti s činností nadačního fondu, tj. pro posouzení důvodů při rozhodování o poskytování nadačních příspěvků, zpracování a financování žádostí a pro případné uzavření smlouvy o poskytnutí nadačního příspěvku. Nadační fond Pečovatel s nimi bude nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

 **ANO NE**

V souvislosti s tím, uděluji souhlas s případným uveřejněním mého příběhu a s případnými redakčními úpravami v prezentačních materiálech Nadačního fondu Pečovatel.

 **ANO NE**

Souhlasím v souladu s ustanovením § 84, 85 zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník, aby Nadační fond Pečovatel pořizoval a zveřejňoval fotografie (obrazové záznamy) mé osoby za účelem prezentace Nadačního fondu na svých webových stránkách, sociálních sítích, popř. tištěných materiálech a k další propagaci své činnosti a jeho následnému šíření výše uvedeným způsobem.

 **ANO NE**

Souhlasím, s poskytnutím vybraných osobních údajů (jméno, fotografie, příběh, město, věk, sociální omezení – tělesné nebo smyslové znevýhodnění, popř. videozáznam) třetím osobám, pro účely prezentace činnosti Nadačního fondu a informování třetích osob, zejména potenciálních dárců na webových stránkách, sociálních sítích či veřejných akcích. Tento souhlas se vztahuje pouze na činnosti nadačního fondu, jež jsou vyvíjené v mém zájmu a v můj finanční prospěch.

 **ANO NE**

Souhlas uděluji na nezbytně nutnou dobu s možností jeho písemného odvolání.

Pro účely řízení o přidělení individuálního příspěvku Nadačního fondu Pečovatel, zprošťuji poskytovatele osobní asistence…………………………………(název organizace) mlčenlivosti ohledně následujících skutečností a informací, které jsem o sobě sdělil nebo které se o mně poskytovatel dozvěděl v souvislosti s poskytováním sociálních služeb:

* časový rozsah včetně data začátku a ukončení poskytování osobní asistence,
* informace o důvodech mé nepříznivé sociální situace,
* informace o průběhu služeb včetně vykonávaných činností osobní asistence, osobním cíli a jeho hodnocení,
* poskytnutí názvu ostatních neziskových organizací, které zajištují a spolupodílí se na péči

Zároveň souhlasím, aby se poskytovatel osobní asistence vyjádřil k otázce potřebnosti a rozsahu poskytovaných asistenčních hodin mé osobě.

***Místo a datum: Podpis žadatele:***

**Zástupce žadatele (osoba, která vyplňuje žádost jménem žadatele)**

*Vyplňte v případě, že žadatel není schopen žádost vyplnit osobně, z důvodů zdravotního omezení.*

***Jméno a příjmení:***

***Vztah k žadateli: Podpis:***