

Žádost o Komplexní doléčovací program s ubytováním

jméno: _____

datum narození: _____ Místo narození: _____

trvalé bydliště v obci: _____

adresa pro zaslání odpovědi
na Vaši žádost: _____

kontaktní telefon: _____

I.

Označte prosím, jaká z následujících životních situací se Vás v době podání žádosti týká.
Vyplňte prosím všechny položky, které ve Vašem případě přicházejí v úvahu.

Právě jsem v léčbě závislosti

Zneužívaná látka (látky) /
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jedná a název zařízení (např. terapeutická komunita XY, léčebna)	Datum nástupu	Předpokládané ukončení

Poslední léčbu závislosti jsem ukončil/a

Zneužívaná látka (látky) /
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jedná a název zařízení (např. terapeutická komunita XY)	Datum nástupu	Datum ukončení	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uveďte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Další léčby závislosti, které jsem absolvoval/a

Zneužívaná látka (látky) /
závislostní jednání

Uveďte, o jakou léčbu se jednalo a název zařízení.	Nástup (rok, měsíc)	Ukončení (rok, měsíc)	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uveďte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- Abstinuji od návykových látek s podporou jiného než léčebného zařízení** (např. kontaktní centrum apod.) Zneužívaná látka (látky) / závislostní jednání

Uvedte, o jaké zařízení se jedná a název zařízení.	Uvedte dobu souvislé abstinence

- Abstinuji od bez podpory jakéhokoli zařízení** Zneužívaná látka (látky) / závislostní jednání

Uvedte délku abstinence

- V minulosti jsem absolvoval/a doléčování** Zneužívaná látka (látky) / závislostní jednání

Uvedte způsob doléčování a název zařízení	Datum nástupu	Datum ukončení	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uvedte důvod)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III.

Označte prosím křížkem všechny z následujících možností, které se Vás týkají.

- Mám uzavřen pracovní poměr
- Jsem v pracovní neschopnosti
- Jsem registrován na Úřadu práce
- Pobírám invalidní důchod
- Jiné:

IV.

K žádosti doložte přílohy A, B, C:

Příloha A)

Motivační dopis

Odpovězte prosím na následující otázky (v rozsahu 2-3 strany A4):

- Jaké důvody Vás vedou k rozhodnutí absolvovat doléčování?
- Jaký přínos pro Vás měl léčebný program a jak v současnosti vnímáte svou závislost?
- Jaké nejvýznamnější objevy o sobě jste doposud v léčebném programu učinil/a?



Příloha B) Životopis

Vypracujte prosím jako volný souvislý text v rozsahu 5 (max. 8) stran A4 dle níže uvedené struktury:

1. Jméno, příjmení, datum narození
2. Popište ve stručnosti a s ohledem na významné události Vaše:
 - dětství (porod, významné okamžiky, ...)
 - školní léta, další školní léta (přerušení školní docházky, významné události, ...)
 - krize dospívání
 - zaměstnání
 - partnerské vztahy
 - zdravotní stav (závažná onemocnění, úrazy hlavy, vyšetření a výsledek testů HIV, HEP aj.)
 - zájmy a záliby (jaké, kdy, proč ukončeny, ...)
 - osobní úspěchy, neúspěchy a jiné důležité události
3. Dále uveďte základní údaje o vaší rodině, o rodinných vztazích:
 - matka, otec (věk, vzdělání, povolání, zájmy, případně rozvod a další partneři rodičů)
 - sourozenci (věk, vzdělání, povolání)
 - vztahy v širší rodině
 - rodinné mýty a pověsti
 - významné rodinné události (stěhování, změny, úmrtí, ...)
 - celková charakteristika rodiny
4. Na závěr připojte svůj podpis a datum sepsání.

Příloha C) Vyjádření terapeutického týmu

Požádejte tým léčebného zařízení, ve kterém se v současné době léčíte, o vyjádření k průběhu Vaší dosavadní léčby a Vaší připravenosti pro doléčování.

V.

Vyplněnou Žádost spolu se všemi přílohami zašlete na adresu CAP-následná péče, Doudlevecká 71, 301 00 Plzeň nebo na e-mail naslednapece@cap-plzen.cz

Do pořadníku uchazečů budete zařazen/a podle data doručení kompletní Žádosti. Součástí příjmové procedury do doléčovacího programu je osobní pohovor, na který budete pozván/a, pokud bude na ubytování volná kapacita. Rozhodnutí o přijetí či nepřijetí do doléčovacího programu s ubytováním obdržíte písemně/telefonicky až po absolvování osobního pohovoru.

Pokud Vaše Žádost nebude zařazena do pořadníku uchazečů do strukturovaného programu s ubytováním, bude po dvou měsících od data doručení skartována.



VI.

Poučení o ochraně osobních údajů pro klienty služby, CAP, o.p.s. v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

Správce Vašich osobních údajů je **CAP, o.p.s.**, Tylova 20, 301 00 Plzeň, tel/fax: 377 421 034, která Vaše údaje zpracovává za účelem poskytování služeb sociální prevence ve smyslu zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění nebo zákona č. 359/1999 sb. o sociálně-právní ochraně dětí v platném znění.

- Pro řádné poskytování služeb potřebujeme Vaše osobní údaje v rozsahu uvedeném v této Smlouvě o poskytnutí služeb. V průběhu poskytování služeb budeme potřebovat další rozhodné údaje v rozsahu: životopisné údaje, údaje o počtu a typu léčebných intervencí, atd. Tyto údaje nám slouží pro správné nastavení služeb a účinnou terapeutickou, poradenskou a sociální práci s Vámi.
- Vaše osobní údaje jsou uchovávány ve Vaší složce v uzamykatelných kartotékách a v elektronické podobě v lokacích chráněných přístupovým heslem a mají k nim přístup pouze odborní pracovníci služby.
- Všichni pracovníci služby jsou vázáni naprostou mlčenlivostí o Vašich údajích. Tato mlčenlivost trvá i po ukončení jejich pracovního poměru v organizaci. Výjimkou může být neprodlené zajištění lékařské péče v případě ohrožení Vašeho života.
- Mlčenlivost pracovníci smí porušit pouze v případě, že se hodnověrným způsobem dozví, že je připravován nebo páčán trestný čin jmenovaný § 368 z 40/2009 Sb. Trestního zákoníku, nebo že hrozí ohrožení dítěti dle §6 a §10 z 359/1999 sb. o sociálně-právní ochraně dětí. V těchto případech platí oznamovací povinnost.
- K Vašim osobním údajům máte právoplatný přístup. Můžete nahlížet do Vaší složky a máte právo na výpis údajů, které zpracováváme za účelem poskytování služeb a na základě této smlouvy/Vámi podané žádosti o poskytnutí služeb. Máte také právo nás požádat o přenos Vašich údajů k jinému Správci.
- Ve vztahu k Vašim osobním údajům máte dále právo žádat jejich opravu či doplnění, výmaz nebo omezení zpracování.
- Pokud jsme obdrželi Vaše osobní údaje z jiného důvěryhodného zdroje mimo Vás, jsme povinni Vás o této skutečnosti informovat.
- Vaše osobní údaje poskytujeme třetím osobám, pokud jejich poskytnutí žádáte upravit v této Smlouvě. V opačném případě Vaše osobní údaje třetím osobám neposkytujeme.
- Pokud poskytování služeb podléhá zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (v platném znění), poskytujeme Vaše osobní údaje v zákonem určeném rozsahu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, který se tak stává jejich správcem.
- Po ukončení poskytování služeb uchováváme Vaše osobní údaje v souladu se skartačním plánem v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě (v platném znění).
- V případě jakýchkoli dotazů, připomínek a obav, ohledně zpracování a ochrany Vašich osobních údajů, se obraťte na vedoucího služby, nebo ředitele CAP, o.p.s. Pokud nebudete spokojeni s řešením vašeho podnětu, máte právo podat stížnost dozorovému orgánu, jímž je Úřad pro ochranu osobních údajů, sídlící na adrese: Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, email: posta@uouu.cz;

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

Podpis žadatele

