

Údaje o registrované sociální službě

A. Poskytovatel sociální služby¹⁾:

IČ:		
Příjmení:	Jméno:	Datum narození:

B. Druh poskytované sociální služby:

Vyberte právě jeden druh poskytované sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ § 37 odstavec 3 Odborné sociální poradenství | ☐ § 50 Domovy se zvláštním režimem | ☐ § 61 Nízkoprahová denní centra |
| ☐ § 39 Osobní asistence | ☐ § 51 Chráněné bydlení | ☐ § 62 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež |
| ☐ § 40 Pečovatelská služba | ☐ § 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče | ☐ § 63 Noclehárny |
| ☐ § 41 Tísňová péče | ☐ § 54 Raná péče | ☐ § 64 Služby následné péče |
| ☐ § 42 Průvodcovské a předčitatelské služby | ☐ § 55 Telefonická krizová pomoc | ☐ § 65 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi |
| ☐ § 43 Podpora samostatného bydlení | ☐ § 56 Tlumočnické služby | ☐ § 66 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením |
| ☐ § 44 Odlehčovací služby | ☐ § 57 Azylové domy | ☐ § 67 Sociálně terapeutické dílny |
| ☐ § 45 Centra denních služeb | ☐ § 58 Domy na půl cesty | ☐ § 68 Terapeutické komunity |
| ☐ § 46 Denní stacionáře | ☐ § 59 Kontaktní centra | ☐ § 69 Terénní programy |
| ☐ § 47 Týdenní stacionáře | ☐ § 60 Krizová pomoc | ☐ § 70 Sociální rehabilitace |
| ☐ § 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením | ☐ § 60a Intervenční centra | ☐ § 70a Centrum duševního zdraví |
| ☐ § 49 Domovy pro seniory | | |

C. Sociální služba je poskytována:

od do:

D. Název a místo zařízení, místo poskytování nebo kontaktní údaje sociální služby²⁾:

Název:		
Adresa:	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p.: Č. orient.: PSČ:
Fax:	Web:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:
Odpovědný vedoucí:		
Příjmení:	Jméno:	Titul před: za:
Název organizační složky ³⁾ :		Nezveřejňovat ⁴⁾ :

1) V případě, že jste poskytovatel sociální služby dle § 84, uveďte IČ. Pokud ho doposud nemáte přiděleno, vyplňte příjmení, jméno a datum narození.

2) V případě terénní sociální služby, která je poskytována pouze terénně, se jedná o kontaktní údaje sociální služby.

3) Pokud se jedná o poskytovatele typu územní samosprávný celek, vyplňte název organizační složky uvedený v žádosti o registraci sociálních služeb nebo v její příloze.

4) Pokud požadujete, aby adresa zařízení nebyla zveřejněna a současně se jedná o sociální službu poskytovanou v azylovém domě, pobytovou sociální službu poskytovanou v intervenčním centru anebo v zařízení pro krizovou pomoc, uveďte **ANO**.

Název:			
Adresa:		Obec:	
		Část obce:	
Ulice:		Č. p.:	Č. orient.: PSČ:
Fax:		Web:	
Telefon:		E-mail:	ID datové schránky:
Odpovědný vedoucí:			
Příjmení:		Jméno:	Titul před: za:
Název organizační složky ³⁾ :			Nezveřejňovat ⁴⁾ :

Název:			
Adresa:		Obec:	
		Část obce:	
Ulice:		Č. p.:	Č. orient.: PSČ:
Fax:		Web:	
Telefon:		E-mail:	ID datové schránky:
Odpovědný vedoucí:			
Příjmení:		Jméno:	Titul před: za:
Název organizační složky ³⁾ :			Nezveřejňovat ⁴⁾ :

Název:			
Adresa:		Obec:	
		Část obce:	
Ulice:		Č. p.:	Č. orient.: PSČ:
Fax:		Web:	
Telefon:		E-mail:	ID datové schránky:
Odpovědný vedoucí:			
Příjmení:		Jméno:	Titul před: za:
Název organizační složky ³⁾ :			Nezveřejňovat ⁴⁾ :

Název:			
Adresa:		Obec:	
		Část obce:	
Ulice:		Č. p.:	Č. orient.: PSČ:
Fax:		Web:	
Telefon:		E-mail:	ID datové schránky:
Odpovědný vedoucí:			
Příjmení:		Jméno:	Titul před: za:
Název organizační složky ³⁾ :			Nezveřejňovat ⁴⁾ :

E. Forma poskytované sociální služby⁵⁾:

Zaškrtněte nejméně jednu z následujících variant a vyberte jednu variantu časového rozsahu poskytování služby.

- ☐ **pobytová** časový rozsah poskytování služby: ☐ nepřetržitě ☐ v časových intervalech⁶⁾
- ☐ **ambulantní** časový rozsah poskytování služby: ☐ nepřetržitě ☐ v časových intervalech⁶⁾
- ☐ **terénní** časový rozsah poskytování služby: ☐ nepřetržitě ☐ v časových intervalech⁶⁾

Časové intervaly poskytování jednotlivých forem sociálních služeb:

	Pobytová	Ambulantní	Terénní		Pobytová	Ambulantní	Terénní
Pondělí				Pátek			
Úterý				Sobota			
Středa				Neděle			
Čtvrtek							

5) Uveďte formu poskytované sociální služby dle § 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

6) Uveďte přesný rozsah intervalu poskytování služby do tabulky na konci této sekce.

F. Okruhy osob, pro které je sociální služba určena (cílová skupina):

Vyberte všechny cílové skupiny osob, pro které je sociální služba určena.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společ. nežádoucími jevy | ☐ 15. osoby s mentálním postižením |
| ☐ 2. etnické menšiny | ☐ 16. osoby s potřebou paliativní péče |
| ☐ 3. imigranti a azylantí | ☐ 17. osoby s tělesným postižením |
| ☐ 4. oběti domácího násilí | ☐ 18. osoby se sluchovým postižením |
| ☐ 5. oběti obchodu s lidmi | ☐ 19. osoby se zdravotním postižením |
| ☐ 6. oběti trestné činnosti | ☐ 20. osoby se zrakovým postižením |
| ☐ 7. osoby bez přístřeší | ☐ 21. osoby v krizi |
| ☐ 8. osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče | ☐ 22. osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách |
| ☐ 9. osoby komerčně zneužívané | ☐ 23. osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy |
| ☐ 10. osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách | ☐ 24. pachatelé trestné činnosti |
| ☐ 11. osoby s chronickým duševním onemocněním | ☐ 25. pečující osoby |
| ☐ 12. osoby s chronickým onemocněním | ☐ 26. rodiny s dítětem/děťmi |
| ☐ 13. osoby s jiným zdravotním postižením | ☐ 27. senioři |
| ☐ 14. osoby s kombinovaným postižením | |

Doplňující informace⁷⁾:

G. Maximální kapacita poskytované sociální služby:

	Pobytová	Ambulantní	Terénní
Počet klientů ⁸⁾			
Počet kontaktů (10 min. jednání) ⁹⁾			
Počet intervencí (30 min. jednání) ¹⁰⁾			
Počet lůžek ¹¹⁾			
Počet hovorů ¹²⁾			

Doplňující informace pro maximální kapacitu poskytované sociální služby¹³⁾:

Popis poskytované kapacity sociální služby	Počet

7) Vyplňte pořadové číslo cílové skupiny a uveďte doplňující informace. Údaj je nepovinný.

8) Tato kapacita je vhodná pro sociální služby poskytované dle § 39 až § 52, § 54 nebo § 56 až § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

9) Tato kapacita je vhodná pro sociální služby poskytované dle § 55, § 59, § 62 nebo § 69 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

10) Tato kapacita je vhodná pro sociální služby poskytované dle § 37 odstavec 3 nebo § 60, § 60a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

11) Tato kapacita je vhodná pro sociální služby poskytované dle § 44, § 47 až § 52, § 57, § 58, § 60, § 60a, § 63, § 68 nebo § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

12) Tato kapacita je vhodná pro sociální služby poskytované dle § 55 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

13) Vyplňte v případě, že kapacitu poskytované sociální služby nelze vyjádřit pomocí výše uvedených hodnot.

H. Okruhy osob, pro které je sociální služba určena (věková struktura):

Zaškrtněte všechny věkové struktury osob, pro které je sociální služba určena.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ děti kojeneckého věku (do 1 roku) | ☐ starší děti (11 – 15 let) | ☐ dospělí (27 – 64 let) | ☐ bez omezení věku |
| ☐ děti předškolního věku (1 - 7 let) | ☐ dorost (16 – 18 let) | ☐ mladší senioři (65 – 80 let) | |
| ☐ mladší děti (7 – 10 let) | ☐ mladí dospělí (19 – 26 let) | ☐ starší senioři (nad 80 let) | |

Doplňující informace¹⁴⁾:

Popis věkové struktury, pro kterou je sociální služba určena

I. Způsob zajištění zdravotní péče:

Způsob zajištění zdravotní péče se vyplňuje pouze u pobytových služeb poskytovaných podle §47 (týdenní stacionáře), §48 (domovy pro osoby se zdravotním postižením), §49 (domovy pro seniory) a §50 (domovy se zvláštním režimem) zákona o sociálních službách.

Zajištění zdravotní péče je prováděno formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu¹⁵⁾:

Zaškrtněte vhodné varianty.

- ☐ prostřednictvím zdravotnického zařízení
- ☐ prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání

J. Působnost v rámci kraje:

Zaškrtněte jednu z následujících dvou variant. V případě rozšířené působnosti zaškrtněte příslušné kraje.

- ☐ dle zařízení (působnost je určena adresou zařízení)
- ☐ rozšířená působnost
- | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| ☐ Hlavní město Praha | ☐ Karlovarský kraj | ☐ Moravskoslezský kraj | ☐ Plzeňský kraj | ☐ Vysočina |
| ☐ Jihočeský kraj | ☐ Královéhradecký kraj | ☐ Olomoucký kraj | ☐ Středočeský kraj | ☐ Zlínský kraj |
| ☐ Jihomoravský kraj | ☐ Liberecký kraj | ☐ Pardubický kraj | ☐ Ústecký kraj | |

K. Prohlášení žadatele:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V	dne	.	.	20
---	-----	---	---	----

podpis žadatele

Formuláře žádostí a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://mpsv.gov.cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti příslušného krajského úřadu. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.¹⁴⁾ Je-li potřeba, doplňte další okruhy osob, pro které je služba určena. Povinnost zaškrtnutí alespoň jedné standardní věkové struktury zůstává.¹⁵⁾ § 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.