

Žádost o poskytnutí služeb Programu následné péče

jméno: _____

datum a obec narození: _____

trvalé bydliště: _____

**adresa pro zaslání
odpovědi na Vaši žádost:** _____

kontaktní telefon: _____

I.

Označte prosím, o kterou formu našich služeb následné péče žádáte.

- Ambulantní doléčování
- Doléčování s chráněným bydlením

II.

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**

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

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

Uveďte délku abstinence

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

Uveďte způsob doléčování a název zařízení	Datum nástupu	Datum ukončení	Způsob ukončení	
			řádně	předčasně (uveďte 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
 Studuji (uveďte prosím formu studia):.....
 Pobírám invalidní důchod
 Jiné:

IV.

K žádosti přiložte přílohy A, B, C:

Příloha A) Odpověď na níže uvedené otázky prosím vypracujte v podobě volného textu v rozsahu 2-3 strany

- 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 minimálně 5 a maximálně 8 stran A4 dle níže uvedené struktury. Chápeme, že jste životopis možná již psal/a mnohokrát a možná dokonce nedávno. Přesto Vás prosíme o nové vypracování tak, aby obsahoval momentální pohled na Váš život. Děkujeme

Struktura životopisu:

1. Vaše jméno, příjmení, datum narození
2. Popište ve stručnosti a s ohledem na významné události Vaše:
 - dětství (porod, významné okamžiky, ...)
 - školní léta, další školní léta (přerušování 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
 - jiné důležité události
3. Dále uveďte základní údaje o vaší rodině a především 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 týmu léčebného zařízení

Požádejte tým léčebného zařízení, ve kterém se v současné době léčíte, o vyjádření k průběhu Vaší dosavadní léčby a Vaší připravenosti pro doléčování. Tato průběžná zpráva by měla obsahovat m.j.: významná anamnestická fakta (rodinná, sociální, závislostní), aktuální medikaci a možná ohrožení ve vztahu k dalšímu závislostnímu jednání po ukončení aktuální léčby.

V.

Poučení o ochraně osobních údajů pro klienty Programu následné péče, Centra protidrogové prevence a terapie, o.p.s. (CPPT, 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.

Správcem Vašich osobních údajů je Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Plzeňská 13, 326 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 zpracování Vaší žádosti o poskytnutí služeb potřebujeme Vaše osobní údaje v rozsahu uvedeném v této Žádosti o poskytnutí služeb. Tyto údaje nám slouží k správnému posouzení, zda jsou naše služby pro Vás vhodné, jejich účinného nastavení a slouží jako podklad pro přípravu Smlouvy o poskytnutí služeb.
- Vaše osobní údaje jsou uchovávány ve složce zájemců o služby Programu následné péče v uzamykatelných kartotékách a v elektronické podobě v lokacích chráněných přístupovým heslem a mají k nim přístup pouze odborní pracovníci Programu následné péče.
- Všichni pracovníci CPPT 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 páchan trestný čin jmenovaný § 368 40/2009 Sb. Trestního zákoníku. V těchto případech platí tzv. oznamovací povinnost a ta se vztahuje na každého občana tohoto státu.
- K Vaším osobním údajům máte právoplatný přístup. Máte právo na výpis údajů, které zpracováváme za účelem zpracování Vaší žádosti. Máte také právo nás požádat o přenos Vašich údajů k jinému Správci.
- Ve vztahu k Vaším 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 třetím neposkytujeme osobám.
- Po ukončení procesu Žádosti o poskytnutí 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 obračejte na vedoucího pracovníka Programu následné péče nebo ředitele CPPT, 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;