

Prohlášení kontaktní osoby uživatele/ky sociálních služeb

níže podepsaná/podepsaný:.....

vztah k žadateli:.....

trvale bytem

Beru na vědomí, že pobyt uživatele sociální služby **dle smlouvy** bude ukončen v poslední den účinnosti uzavřené smlouvy o poskytování sociálních služeb. Pokud tak nebude učiněno, bude uživatel/ka sociálních služeb převezena na náklady organizace do místa bydliště, nebo do místa bydliště její/jeho kontaktní osoby. Náklady spojené s převozem budou součástí vyúčtování služeb uživatele.

Zároveň se zavazuji k úhradě nákladů spojených s poskytováním služeb, pokud tyto náklady nebude hradit uživatel služby.

Zavazuji se, že po dobu pobytu, budu odpovědná/ý za správnou a řádnou přípravu léků do dávkovačů organizace (viz Žádost o OS, sekce Zdravotní dotazník k žádosti, Lékový režim uživatele služby str. 8)

Zároveň souhlasím, aby uživateli sociální služby, na jeho vlastní žádost při vzniku obtíží, byl zakoupen a poskytnut volně prodejný, běžně dostupný lék (např. léky na bolest, horečku, střevní potíže, kašel, alergie apod.) a to v případě, že tyto léky nemůže v krátkém čase zajistit kontaktní osoba. (Personál organizace před poskytnutím tohoto léku uživateli služby vždy informuje telefonicky, SMS či jinou formou kontaktní osobu a vyčkává na aktuální souhlas s poskytnutím léku, bez tohoto souhlasu nelze lék poskytnout)

Současně prohlašuji, že po dobu pobytu uživatele sociálních služeb budu, jakožto kontaktní osoba, distančně či fyzicky dosažitelná a **souhlasím s tím, že může být použita moje e-mailová adresa pro účely poskytované sociální služby.**

Po ukončení poskytování služby bude tento dokument archivován v souladu se směrnicí ředitele.

Toto prohlášení je platné na všechny smlouvy uživatele v aktuálním roce, může být změněno na základě změny kontaktní osoby.

V Praze dne:

.....
Podpis kontaktní osoby