

Datum podání žádosti
(podací razítko)

Týdenní stacionář – Vilová 389/2, Praha 10

Týdenní stacionář – Doubravčany 12, okr. Kolín

žádost do budoucna

aktuální žádost *)

Žadatel:

(jméno a příjmení)

Datum narození:

den, měsíc, rok

místo narození

Rodné číslo: _____ **Státní příslušnost:** _____ **Číslo OP:** _____

Trvalé bydliště:

(ulice, číslo popisné, obec, PSČ)

Místo současného pobytu: _____

(je-li odlišné – LDN, Psychiatrická léčebna, nemocnice, zařízení soc. služeb)

Telefonický kontakt : _____ **E-mail:** _____

Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti:

Opatrovník: _____

(jméno a příjmení)

(bydliště)

Rozhodnutí Obvodního soudu v _____ ze dne _____ č.j. _____

Druh důchodu: _____ Stanovený stupeň závislosti: _____

Uveďte důvod, proč potřebujete využívat naši sociální službu?

Co od poskytovatele soc. služby očekáváte? Jakým způsobem Vám může soc. služba v životě pomoci?

Kontakty na rodinné příslušníky či osoby blízké:

Jméno a příjmení	Příbuzenský vztah	Adresa, telefon, e-mail

1. Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady za vzniklé škody, event. vyřazení žádosti z evidence žadatelů o přijetí do Domova sociálních služeb Vlašská, případně i ukončení smlouvy mezi mnou a Domovem sociálních služeb Vlašská. Zároveň se zavazuji bez odkladu informovat Domov sociálních služeb Vlašská o změnách rozhodných pro vedení žádosti v evidenci žadatelů o pobytovou sociální službu. Beru na vědomí, že je mou povinností a v mém osobním zájmu údaje uvedené v této žádosti a v jejich přílohách průběžně aktualizovat. Beru na vědomí, že v případě potřeby mohu být

vyzván/a Domovem sociálních služeb Vlašská k doplnění podkladů týkajících se vyjádření odborných lékařů-specialistů.

2. Podpisem této žádosti beru na vědomí, že Domov sociálních služeb Vlašská jako správce osobních údajů je na základě čl. 6 odst. 1 písm. b) a písm. c) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně osobních údajů a v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, oprávněn zpracovávat mé osobní údaje uvedené v této žádosti a jejích přílohách, a to výhradně za účelem zpracování mé žádosti, uzavření Smlouvy o poskytování sociálních služeb a plnění právních povinností poskytovatele sociálních služeb s tím souvisejících, a jsem srozuměn/a s tím, že doklady přiložené k žádosti budou uloženy ve spisové dokumentaci v Domově sociálních služeb Vlašská.

3. V souladu s § 13 odst. 7, § 13c odst. 1 a § 17e odst. 1 zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby Domov sociálních služeb Vlašská uváděl na dokumentech souvisejících s poskytnutím sociální služby mé osobě rodné číslo, které pro tyto účely výše uvádím.

Přejete si, aby Vaše žádost byla zařazena do tzv. Pořadníku? (v případě naplněné kapacity)

ANO

NE *)

Přílohy k žádosti:

- Vyjádření praktického lékaře (příp. ošetřujícího lékaře) o zdravotním stavu žadatele (ne starší 3 měsíce)
- Lékařská zpráva od dalších lékařů – specialistů (je-li žadatel pod dohledem specializovaného oddělení, ne starší 3 měsíce)
- Kopie rozsudku soudu o omezení svéprávnosti žadatele (je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)
- Kopie Listiny o ustanovení opatrovníka (má-li žadatel soudem ustanoveného opatrovníka)

vlastnoruční podpis žadatele nebo opatrovníka

V _____ dne _____

Prosíme, nevyplňujte:

Datum podání žádosti:

Datum zpracování žádosti:

Výsledek zpracování žádosti: