

# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

**DOMOV U LESA TAVÍKOVICE, p.o.**  
Tavíkovice 153, 671 40  
515 300 526, www.domovtavikovice.cz

Evid. číslo žádosti: \*

Datum přijetí žádosti: \*

\* vyplňuje sociální pracovnice Domova u lesa Tavíkovice

*Vážená paní, vážený pane, jsme rádi, že Vás zaujala právě naše sociální služba.  
Dovolujeme si Vás požádat o vyplnění následujících údajů:*

<b>Osobní údaje žadatele</b>			
<i>Jméno a příjmení:</i>			
<i>Datum narození:</i>			
<i>Státní příslušnost:</i>			
<i>Adresa trvalého bydliště:</i>			
<i>Adresa souč. bydliště:</i>			
<i>Jedná se o (vyberte):</i>	<i>domácí prostředí</i>	<i>nemocnice</i>	<i>jiná sociální služba</i>
<i>Telefon/mail:</i>			
<i>Omezení svéprávnosti:</i>	ANO - NE		

<b>Osobní údaje zástupce žadatele (žadatel omezený ve svépr.), příp. kontaktní osoby:</b>	
<i>Jméno a příjmení:</i>	
<i>Adresa bydliště:</i>	
<i>Telefon / mail:</i>	
<i>Vztah k žadateli:</i>	

<b>Důvod podání žádosti:</b>

**Potřeby, požadavky a očekávání žadatele od pobytové sociální služby:**

**Jiná sdělení (co považujete za důležité uvést v žádosti):**

Prohlášení žadatele, opatrovníka (př. kontaktní osoby):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a jsem si vědom/a povinnosti informovat poskytovatele o všech změnách, které by mohly změnit rozhodující okolnosti pro poskytování sociální služby.

Souhlasím s tím, že kompletní žádost je posouzena kompetentními pracovníky Domova u lesa Tavíkovice podle pravidel poskytovatele, zda žadatel o službu patří do cílové skupiny. V případě, že jsou naplněny podmínky pro poskytování sociální služby v našem zařízení, je žádost zařazena do evidence a žadatel je o tom informován.

Osobní a citlivé údaje jsou shromažďovány a zpracovávány za účelem vyřízení žádosti o poskytování sociální služby.

V souladu se zákony č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a v závislosti na ustanovení Nařízení EP a Rady (EU) č. 2016/697 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů uděluji svým podpisem souhlas ke zpracovávání osobních údajů až do doby jejich archivace a skartace.

Tento souhlas mám právo kdykoli odvolat.

Místo podpisu, datum:	
Podpis:	

**příloha č. 1 - Vyjádření praktického lékaře.**

**příloha č. 2 - Vyjádření odborného lékaře - psychiatra (pokud ho žadatel navštěvuje).**

Zprávy lékařů ne starší než tři měsíce od podání žádosti.

Pokud žadatel nenavštěvuje psychiatra, postačí vyjádření praktického lékaře.

**DÁT DO ZVLÁŠŤ ZALEPENÉ OBÁLKY!**