



## ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE SKRYJE

Skryje 19, 594 55 Dolní Loučky

Podle zákona 101/200 Sb. žadatel souhlasí se zpracováním osobních údajů.

**Vážený žadateli, vážená žadatelko,**  
**tato žádost nám poskytne základní informace o Vás a o motivu, který Vás vede k podání žádosti o využití této služby. Veškeré informace, které zde uvedete, slouží výhradně pro potřeby služby Sociální rehabilitace Skryje a bude s nimi nakládáno dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.**

Žadatel	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa	
Telefon, mobil, email	

Preferovaný termín nástupu:

Průkaz	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> ZTP <input type="checkbox"/> ZTP/P <input type="checkbox"/> NEJSEM DRŽITELEM
Míra závislosti dle § 8 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách:	<input type="checkbox"/> I. stupeň lehká závislost <input type="checkbox"/> II. stupeň středně těžká závislost <input type="checkbox"/> III. stupeň těžká závislost <input type="checkbox"/> IV. stupeň úplná závislost
Je žadatel omezen ve svéprávnosti?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

V případě, že ANO:

Opatrovník	
Jméno a příjmení	
Bydliště	
Kontakt (mob., email)	



Má žadatel soudem schválenou **Smlouvu o nápomoci** a stanoveného podpůrce?

ANO

NE

V případě, že ANO:

**Podpůrce**

Jméno a příjmení

Bydliště

Kontakt (mob., email)

Má žadatel soudem schválenou **Smlouvu o zastoupení členem domácnosti**?

ANO

NE

V případě, že ANO:

**Zástupce**

Jméno a příjmení

Bydliště

Kontakt (mob.email)

Osoba, které je možné poskytovat informace (vyplňte pouze chcete-li uvést)

**Osoba blízká (pokud je tou osobou někdo jiný než opatrovník):**

Jméno a příjmení

Bydliště

Telefon, email

**Ošetřující praktický lékař**

Jméno a příjmení

Adresa

Telefon/email

Ordinační doba



**Chcete-li nám ještě něco dalšího sdělit: Zvláštnosti a zajímavosti, koníčky a záliby, oslovování, co očekáváte, čeho byste chtěli dosáhnout, vaše přání, případně co je vám nepříjemné, o čem nechcete mluvit, .....atd.**

#### Prohlášení žadatele/opatrovníka

V souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, **svým podpisem uděluji souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání daných osobních údajů pro správní řízení, jejich užití v zařízení, do něhož budu přijat a to až do doby jejich archivace a skartace.

V

dne

Podpis žadatele /opatrovníka

#### K žádosti nám, prosím, doložte následující přílohy

- zpráva lékaře o aktuálním zdravotním stavu – ke stažení na webových stránkách Charity Tišnov
- u žadatelů omezených právně jednat je třeba doložit rozhodnutí soudu o tomto omezení

#### Informace o dalším postupu

- O dalším postupu budete písemně informován(a) do 14 dnů od přijetí Vaší žádosti