



ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOZP HRUŠOVANY NAD JEVIŠOVKOU

A. OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE O SLUŽBU

1. Žadatel:

Jméno a příjmení.....

Den, měsíc a rok narození.....

Adresa trvalého pobytu.....

.....

Adresa současného pobytu.....

.....

Telefon: E-mail:

2. Svěprávnost:

Žadatel **JE** – **NENÍ** * omezen ve svěprávnosti rozhodnutím soudu v
ze dne č. j.

U žadatele **BYL** – **NEBYL** * podán podnět na zahájení řízení o omezení svěprávnosti.

3. Opatrovník

Jméno a příjmení.....

Doručovací adresa.....

.....

Telefon: E-mail:

4. U žadatele do 18- ti let:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení.....

Doručovací adresa.....

.....

Telefon: E-mail:

5. Kontaktní osoba, která Vám pomáhá při vyřizování Žádosti (v případě, kdy není zák. zástupce/opatrovník)

Jméno a příjmení.....

Doručovací adresa.....

.....

Telefon: E-mail:

6. Vztah k žadateli.....

B. CÍLOVÁ SKUPINA

Mentální postižení: lehký / středně těžký *

Kombinace: zrakové / sluchové / tělesné postižení *

C. ČEHO CHCETE PROSTŘEDNICTVÍM SLUŽBY DOZP HNJ DOSÁHNOUT?

Uveďte, v čem bychom Vám mohli v naší službě pomoci, jaké máte potřeby a požadavky, jakého zlepšení s naší pomocí chcete dosáhnout:

.....

.....

.....

Je možné potřeby žadatele řešit ambulantní (např. denní stacionář) nebo terénní (např. pečovatelskou) sociální službou? Je žadatelem využívána?

.....

.....

.....

* nehodící se škrtněte

Kde se v současné době nacházíte (př. doma, nemocnice, LDN) a kdo Vám poskytuje péči?

.....
.....
.....

C. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (popř. jeho zákonného zástupce, opatrovníka, jiné zastupující 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 služby podle pravidel poskytovatele, zda zájemce o službu patří do cílové skupiny DOZP HNJ a v případě, že jsou naplněny podmínky pro poskytování sociální služby v našem zařízení, je žádost zařazena do evidence a žadatel je o tomto informován.

Osobní a citlivé údaje jsou shromažďovány a zpracovávány za účelem vyřízení Žádosti o poskytování sociální služby v DOZP HNJ a zpracování statistiky v rámci Evidence žadatelů a uživatelů sociálních služeb Krajského informačního systému sociálních služeb Jihomoravského kraje.

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 a o zrušení směrnice 95/46/ES a Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů uděluji svým podpisem souhlas ke zpracování osobních údajů až do doby její archivace a skartace.

Tento souhlas mám právo kdykoliv odvolat a žádost mi bude vrácena zpět.

V..... dne.....

.....
podpis žadatele, popř. opatrovníka, zákonného zástupce

Přílohy k žádosti:

U žadatele do 18- ti let:

- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – praktický lékař
- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – psychiatr
- V případě nařízené ústavní výchovy kopii Rozsudku o nařízení ústavní výchovy

U žadatele od 18- ti let:

- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – praktický lékař
- Vyjádření o zdravotním stavu žadatele – psychiatr
- Kopie Rozsudku o omezení svéprávnosti žadatele a ustanovení jeho opatrovníka, příp. kopie jiného rozhodnutí soudu, kterým je určena osoba oprávněna k zastupování žadatele
- Souhlas se zpracováním osobních údajů – kontaktní osoba žadatele (pokud je uvedena v Žádosti a pomáhá žadateli při jejím vyřizování a žadatel nemá zák. zástupce/opatrovníka)

U osobního jednání předložit k nahlédnutí:

- Originál rodného listu + občanský průkaz