



CHARITA KRNOV
Dům dobré vůle Žáry



Evidenční číslo žádosti:	
Přijata dne:	
Odpovězeno dne:	
Žádost:	zařazena do evidence
	zamítnuta z důvodu

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DŮM DOBRÉ VŮLE ŽÁRY

domov se zvláštním režimem

Příjmení a jméno zájemce:.....

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Kontaktní adresa (současný pobyt):

Telefon:

Rodinný stav:

Státní občanství:

Zdravotní pojišťovna:.....

Ošetřující lékař:.....

Omezena svéprávnost: ANO / NE *

Příjmení a jméno opatrovníka:.....

Kontakt na opatrovníka: (adresa, tel. číslo, emailová adresa)

.....

Kontaktní osoba pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí do zařízení.

.....

.....



CHARITA KRNOV

Dům dobré vůle Žáry

Proč mám zájem o poskytování služby:

.....
.....

V případě plné kapacity, **CHCI / NECHCI**, aby má žádost byla zařazena do evidence žádostí o službu. *

Vaše výše uvedené osobní údaje budou spravovány v souladu s ustanovením 110/2019 Sb. Zákona o zpracování osobních údajů a nařízením GDPR.

Svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s mým zájmem stát se uživatelem sociální služby a to až do doby jejich archivace a skartace. Tento souhlas může být kdykoliv písemně odvolán.

Datum:

.....

podpis zájemce nebo zákonného zástupce

* Nehodící škrtněte

Žádost můžete doručit osobně, elektronicky nebo poštou na adresu:

DŮM DOBRÉ VŮLE ŽÁRY, domov se zvláštním režimem, Žáry 3, 793 95 Město Albrechtice.

K žádosti laskavě doložte vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele. Bez vyjádření lékaře nemůže být žádost evidována.

Posouzení žádosti, zda žadatel spadá do cílové skupiny, proběhne do 30 dnů od obdržení žádosti a to od podání kompletní žádosti. Během této doby budete telefonicky kontaktováni a bude provedeno sociální šetření, formou rozhovoru.

Vyrozumění probíhá zpravidla ústně, nebo písemně. Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete na základě Vašeho souhlasu, zařazeni do pořádku evidence žadatelů.