

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTÍM POSTIŽENÍM, ul. CHÁŘOVSKÁ
pro osoby s mentálním a vícenásobným postižením**

Datum přijetí žádosti – vyplňuje organizace

--

Žadatel:

Příjmení:	
Jméno:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	
Aktuální místo pobytu:	
Telefon:	
E-mail:	

Je žadatel omezen ve svéprávnosti?

ANO

NE

Zákonný zástupce/opatrovník (vyplňte pouze v případě, že žadatel je omezen ve svéprávnosti)

Příjmení, jméno, titul:	
Adresa:	
Telefon, e-mail:	

Jaký je Váš důvod podání žádosti?

--

Prohlášení žadatele

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě, o případných změnách budu neprodleně informovat **Harmonii, příspěvkovou organizaci, Chářovská 785/85, 794 01 Krnov**. Osobní údaje obsažené v žádosti budou Harmonií, příspěvkovou organizací zpracovávány pouze pro účely posouzení vhodnosti pobytu v domově pro osoby se zdravotním postižením a jako podklad pro zpracování smlouvy; k jiným účelům nebudou tyto osobní údaje Harmonií, příspěvkovou organizací použity.

Harmonie, příspěvková organizace při zpracovávání osobních údajů dodržuje platné právní předpisy. Podrobné informace o ochraně osobních údajů jsou uvedeny na oficiálních webových stránkách Harmonie, příspěvkové organizace, www.po-harmonie.cz.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů a citlivých dat a jejich zařazení do evidence žadatelů o poskytnutí služeb Harmonie, příspěvková organizace. Evidence je v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 110/2019 Sb., ze dne 12. března 2019 o zpracování osobních údajů. Údaje budou zpracovávány a vedeny v evidenci žadatelů po dobu jednoho roku.

V dne

.....
podpis žadatele

.....
podpis opatrovníka

K žádosti je nutno přiložit:

- *Kopii rozsudku o ustanovení opatrovníka (v případě, že máte soudem ustanoveného opatrovníka)*
- *Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele, viz příloha č. 1*

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele – příloha žádosti o poskytnutí sociální služby:

Příjmení, jméno:	
Datum narození:	
Bydliště:	
<p>I. stupeň – lehké mentální postižení *)</p> <p>II. stupeň – středně těžké mentální postižení *)</p> <p>III. stupeň – těžké mentální postižení *)</p> <p>IV. stupeň – hluboké mentální postižení *)</p> <p>* nehodící se škrtněte</p>	<p>Zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením (diabetes, epilepsie, alergie, ...):</p>
<p>Odborní lékaři, které žadatel pravidelně navštěvuje¹:</p> <p>Psychiatr <input type="checkbox"/></p> <p>Neurolog <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetolog <input type="checkbox"/></p> <p>Další odborní lékaři (doplňte):</p>	<p>Další důležité údaje:</p>

Datum a podpis praktického lékaře:

¹ Označte křížkem