



**DIECÉZNÍ CHARITA
BRNO**

**DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
DOMOV POKOJNÉHO STÁŘÍ KAMENNÁ
KAMENNÁ 29, 639 00 BRNO**

Datum podání žádosti (vyplňuje zařízení)

Pořadové číslo (vyplňuje zařízení)

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY **Domov se zvláštním režimem**

Žadatel

Příjmení, jméno, titul

Datum narození

Státní příslušnost

Adresa trvalého bydliště (ulice, číslo, obec, okres, PSČ)

Korespondenční adresa (Uveďte adresu, na kterou Vám má být zasláno případné potvrzení žádosti)
(ulice, číslo, obec, okres, PSČ)

Místo současného pobytu (ulice, číslo, obec, okres, PSČ)

Příspěvek na péči:

☐ ANO

☐ NE

☐ I. stupeň

☐ Příspěvek mi nebyl přiznán

☐ II. stupeň

☐ Nezažádal jsem o něj

☐ III. stupeň

☐ Mám o něj zažádáno od

☐ IV. stupeň

☐ Zažádáno o zvýšení od

Využíváte nyní nějaké sociální služby? (např. pečovatelské služby, odlehčovací služby, denní stacionáře, domácí péče...)

☐ ANO

Jaké?

☐ NE

Proč?

Příbuzní, blízké osoby

Chcete-li, uveďte zde kontakt na příbuznou, blízkou osobu, která souhlasí s tím, že Vám bude pomáhat při jednání ohledně Vaší žádosti a nástupu do našeho domova. Tuto osobu můžete kdykoliv změnit.

Příjmení, jméno	Poměr k žadateli	Adresa (bydliště)	Tel. číslo	E-mail
Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zpracováním mých osobních údajů, které jsou uvedeny v tomto dokumentu po dobu nezbytně nutnou pro její vyřízení, nebo pro případné poskytování sociální služby.				
Podpis kontaktní osoby:				
Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zpracováním mých osobních údajů, které jsou uvedeny v tomto dokumentu po dobu nezbytně nutnou pro její vyřízení, nebo pro případné poskytování sociální služby.				
Podpis kontaktní osoby:				

Zástupce žadatele

☐ zmocněnec ☐ opatrovník ☐ podpůrce ☐ zastoupení členem domácnosti
Kontaktní údaje zákonného zástupce: Jméno, příjmení, titul: Adresa: Kontakt (telefon, e-mail): Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zpracováním mých osobních údajů, které jsou uvedeny v tomto dokumentu po dobu nezbytně nutnou pro její vyřízení, nebo pro případné poskytování sociální služby. Podpis zástupce:

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že jeho osobní údaje poskytnuté v této žádosti budou evidovány a zpracovávány po dobu nezbytně nutnou pro její vyřízení, nebo pro případné následné poskytování sociální služby.

V případě, že bude vyhodnoceno, že jste vhodnou osobou pro přijetí, ale Vaší žádosti nemůže být vyhověno z důvodu naplněné kapacity, si **PŘEJETE x NEPŘEJETE*** (*nehodící se škrtněte), aby Vaše žádost byla dále vedena v evidenci žadatelů až do doby přijetí.

V dne

.....
vlastnoruční podpis žadatele*
oprávněného zástupce

*v případě, že žadatel není schopen se ze zdravotních důvodů podepsat a neexistuje jiná oprávněná osoba, je potřeba tuto skutečnost doložit potvrzením od lékaře a dále řešit oblast zastupování.

