**Žádost o poskytnutí sociální služby**

Vážený žadateli,

vyplněním tohoto formuláře nám poskytnete nejnutnější informace a oprávnění k zahájení přijímacího řízení Vaší osoby mezi příjemce služeb Effety denního stacionáře. Prosíme tedy o pravdivé vyplnění následujících údajů a doručení žádosti do Effety. Bude-li Vám to příjemné, pomůže Vám s vyplněním formuláře náš sociální pracovník.

Kontakt:

Bc. Ivana Hrubanová, sociální pracovník

Tel. 737 525 591, email: ivana.hrubanova@brno.charita.cz

**Údaje o žadateli:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Trvalé bydliště:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Možný termín nástupu:** |  |

**Kontakt na zastupující osobu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Kontaktní adresa:** |  |
| **Forma zastupování:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:**  |  |

**Proč potřebuji službu denního stacionáře:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Souhlas s vedením a zpracováním osobních údajů žadatele:**

 (dle zákona č. 110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů)

* Souhlasím
* Nesouhlasím

se zpracováním svých osobních údajů pro účely evidence a vyřízení mé žádosti o poskytování sociální služby DCHB BRNO Effetou denním stacionářem. Zpracování osobních údajů spočívá v jejich shromažďování, ukládání na nosiče informací, zpřístupňování oprávněným osobám, úpravě, vyhledávání, používání, uchovávání a třídění.

Žadatel má právo na zpřístupnění svých osobních údajů shromážděných u poskytovatele sociální služby.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen shromažďovat jen pravdivé a přesné údaje legálně získané, a to jen v nezbytném rozsahu po nezbytnou dobu za účelem poskytování bezpečných, odborných a kvalitních služeb. Dále je povinen dbát na to, aby neutrpěl újmu, je povinen zabránit ztrátě nebo zneužití údajů a zachovat mlčenlivost, což se vztahuje na všechny pracovníky zařízení.

Poskytovatel nebude během vyřizování žádosti pořizovat obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy týkající žadatele při činnostech spojených s poskytováním sociální služby Effetou a používat je v případě publicity svých aktivit, v tiskových a jiných propagačních materiálech.

V případě odmítnutí z kapacitních důvodů souhlasím s evidováním této žádosti.

* Souhlasím
* Nesouhlasím

Datum podání žádosti …………………………………. Podpis žadatele: ………………………………………

Podpis zástupce: ……………………………………………

Přijal dne: ……………………… Sociální pracovník Effety: …………………………………………………………

Přílohy, které je třeba dodat:

* Rozhodnutí o zastupování
* Potvrzení od lékaře (viz přiložený formulář)