

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ ULITA č.

Datum přijetí žádosti:		Podpis sociálního pracovníka:	
	Jméno a příjmení		
	Datum narození		
	Trvalé bydliště		
	Kontaktní adresa (pokud je jiná, než trvalé bydliště)		
	Telefon		
	Email		
	Naléhavost vyřízení Vaší žádosti (zaškrtněte Vaši odpověď)	☐ Naléhavé ☐ Spěchá ☐ Nespěchá	
	Termín nástupu (Váš předpoklad)		
	Opatrovník / podpůrce / zástupce z členů domácnosti (je-li Vám ustanoven)	Jméno a příjmení:	
		Kontaktní adresa:	
		Telefon:	
		Email:	
 Kontaktní osoby – Vaši rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby			
Jméno a příjmení	Vztah k zájemci	Adresa	Telefon, email



Vaše očekávání od sociální služby Chráněné bydlení Ulita (co od služby chci, čeho bych chtěl dosáhnout):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě podle skutečnosti.

Datum:

.....
podpis zájemce o službu

.....
podpis opatrovníka/podpůrce/zástupce z členů domácnosti

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Já níže podepsaný/á

Jméno a příjmení:

Narozen/a:

Trvale bytem:

tímto uděluji souhlas společnosti:

Charita Uherské Hradiště, se sídlem **Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště**, IČ: **44018886**,

zapsané ve veřejném rejstříku evidovaných právnických osob pod číslem: **8/1-02-732/1996**, registrované Úřadem pro ochranu osobních údajů pod číslem: **00004806/001** (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) zpracovávala tyto osobní údaje:

- **jméno a příjmení**
- **datum narození**
- **telefon a email**
- **adresa trvalého pobytu**
- **sociální anamnéza**

Výše uvedené údaje je nutné zpracovat za účelem poskytování sociální služby v rámci výše uvedené organizace. Tyto údaje budou Správcem zpracovány po dobu stanovenou Spisovým a skartačním řádem organizace a to maximálně po dobu **10** let od ukončení poskytování sociální služby.

S výše uvedeným zpracováním uděluji svůj výslovný souhlas. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to například zasláním dopisu na výše uvedené kontaktní údaje organizace

Zpracování osobních údajů je prováděno Správcem, osobní údaje pro Správce mohou zpracovávat i tito zpracovatelé:

- Poskytovatel softwaru Webcarol
- Případně další poskytovatelé zpracovatelských softwarů, služeb a aplikací, které však v současné době společnost nevyužívá.

Upozorňujeme Vás, že podle zákona o ochraně osobních údajů máte právo:

- vzít souhlas kdykoliv zpět,
- požadovat informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme a aktualizovat je
- v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

v **dne**

.....
podpis zájemce o službu

.....
podpis opatrovníka/podpůrce/zástupce z členů domácnosti

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE O SLUŽBU

Příloha k Žádosti o poskytování sociální služby chráněné bydlení č. (doplní pracovník zařízení)

Zájemce o službu:	
Narozen:	
Bydliště:	
Výše jmenovaný žádá o přijetí do zařízení Chráněné bydlení Ulita. Dle §91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb. je zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby povinen předložit poskytovateli posudek praktického lékaře o zdravotním stavu. Nedílnou součástí žádosti je proto tento vyplněný tiskopis, ve kterém lékař potvrzuje, že zájemce o službu spadá do cílové skupiny a je způsobilý k přijetí do služby.	
Cílová skupina Chráněného bydlení Ulita: (prosím, zaškrtněte) ☐ osoby s lehkým až středním mentálním postižením ☐ osoby se získaným poškozením mozku ☐ osoby s kombinovaným postižením ☐ žádná z výše uvedených variant	
Vyjádření lékaře: zájemce je k přijetí do Chráněného bydlení Ulita: (prosím, zaškrtněte) ☐ způsobilý ☐ nezpůsobilý	
Poznámka: <i>Dle §36 vyhlášky 505/2006 Sb., se poskytnutí pobytové služby vylučuje, pokud:</i> a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití	
Další sdělení lékaře:	
Datum:	
Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře:	