

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ:</b>		<b>DATUM NAROZENÍ:</b>
		<b>RČ:</b>
<b>ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ:</b>		
<b>ADRESA SOUČASNÉHO BYDLIŠTĚ:</b>		
<b>TELEFON:</b>	<b>EMAIL:</b>	
<b>KONTAKTNÍ OSOBY / NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÍ</b>		
<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ</b>	<b>PŘÍBUZENSKÝ POMĚR K ŽADATELI</b>	<b>ADRESA, TELEFON, EMAIL</b>
<b>OPATROVNÍK, JE-LI ŽADATEL OMEZEN VE SVÉPŘÁVNOSTI</b>		
<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ</b>	<b>VZTAH K ŽADATELI</b>	<b>ADRESA, TELEFON, EMAIL</b>

NAPIŠTE PROSÍM, PROČ POTŘEBUJETE VYUŽÍVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBU, CO OD NÍ  
OČEKÁVÁTE? PŘÍPADNĚ UVEĎTE DALŠÍ DŮLEŽITÁ SDĚLENÍ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

V SOULADU S USTANOVENÍM ZÁKONA Č. 101/2000 SB., O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ, VE ZNĚNÍ  
POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ, **SVÝM PODPISEM UDĚLUJI SOUHLAS KE ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH A  
CITLIVÝCH ÚDAJŮ** PO DOBU EVIDENCE ŽÁDOSTI V DATABÁZI ZÁJEMCŮ O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ  
SLUŽBY.

.....  
PODPIS ŽADATELE NEBO OPATROVNÍKA

V ..... DNE .....

**K ŽÁDOSTI JE TŘEBA DOLOŽIT (STAČÍ KOPIE):**

- ROZHODNUTÍ SOUDU V PŘÍPADĚ OMEZENÍ VE SVÉPŘÁVNOSTI
- VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

NEJPOZDĚJI DO 30 DNŮ PO PODÁNÍ ŽÁDOSTI BUDETE KONTAKTOVANI SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ.  
V PŘÍPADĚ Kladného posouzení žádosti následuje dohodnutí termínu osobní návštěvy  
zařízení, která je nutnou podmínkou pro přijetí nebo zařazení do pořadníku čekatelů.