



**Žádost o zajištění odlehčovací služby,
Kytín 2, 252 10 Mníšek pod Brdy**

1. Žadatel/ka:

Příjmení, jméno:

Datum narození (den, měsíc, rok):

Telefonní kontakt:

2. Trvalé bydliště:

Ulice **č. p.** **Obec**

Okres **PSČ**

3. Bydliště v případě, že není shodné s trvalým bydlištěm:

Ulice **č. p.** **Obec**

Okres **PSČ**

4. Termín poskytování odlehčovací služby od - do:

.....

5. Čím žadatel odůvodňuje potřebnost svého umístění na odlehčovací službě:

.....

.....

Co očekává žadatel od umístění na odlehčovací službě:

.....

.....

6. Jaké má žadatel koníčky, přání, potřeby a zvyklosti z domácího prostředí?

.....

.....

7. Kontaktní osoba (opatrovník), která má být informována o vážném onemocnění nebo jiných závažných situacích týkajících se žadatele, bude-li přijat na odlehčovací službě:

Jméno, příjmení, přesná adresa, telefon, e-mail :

.....

.....

V souladu s ustanovujícím Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů (General Data Protection Regulation, GDPR) v platném znění, svým podpisem uděluji souhlas jako kontaktní osoba (opatrovník) ke zjišťování, shromažďování a uchovávání výše jmenovaných osobních údajů týkajících se mé osoby ve věci vyřizování této žádosti, a to až do doby její archivace a skartace. Současně beru na vědomí, že svůj souhlas mohu kdykoli písemně odvolat.

V dne.....

podpis kontaktní osoby, opatrovníka

8. Ostatní sdělení, která považuje žadatel za nutné uvést ve své žádosti:

.....

.....

9. Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl/a pravdivě.

Beru na vědomí, že jakoukoliv změnu ve věci k této žádosti *změna pobytu, telefonního kontaktu aj.* oznámím sociální pracovníci Domova Kytín.

Rovněž beru na vědomí, že při změně zdravotního stavu a s tím související změně soběstačnosti, doložím aktuální vyjádření lékaře pro přehodnocení pořadí žádosti v evidenci žadatelů.

Také beru na vědomí, že před uzavřením smlouvy o poskytování služby provede sociální pracovníce Domova Kytín sociální šetření na adrese aktuálního pobytu.

Svým podpisem z podstaty věci souhlasím, aby Domov Kytín zjišťoval, shromažďoval, zpracovával a uchovával moje osobní údaje obsažené v této žádosti i její přílohy pro účely evidence žádosti s cílem uzavření smlouvy o poskytnutí služby sociální péče v Domově Kytín a to až do doby její archivace a skartace.

V souladu s ustanovujícím Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů (General Data Protection Regulation, GDPR) v platném znění.

V dne

.....
Podpis žadatele

Příloha k žádosti:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro zajištění odlehčovací služby

Nutno vyplnit všechny položky žádosti!

Žádost, která nebude kompletně vyplněna, bude vrácena žadateli!