



Ž Á D O S T o poskytnutí sociální služby

Denní stacionář

- ambulantní služba je určena osobám starším 13 let se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, osobám s kombinovaným postižením a osobám s poruchou autistického spektra.

1. ŽADATEL

<i>Jméno a příjmení</i>	
<i>Datum narození</i>	
<i>Adresa trvalého bydliště</i>	<i>PSC</i>
<i>Kontaktní adresa (pokud není shodná s adresou trvalého bydliště) PSC</i>	
<i>Telefon</i>	
<i>Svéprávnost</i>	
<input type="checkbox"/> Bez omezení	
<input type="checkbox"/> S omezením	
<input type="checkbox"/> Bez omezení s opatrovníkem	
<input type="checkbox"/> Zákonný zástupce	

2. Opatrovník (je-li ustanoven soudem) či zákonný zástupce nezletilého dítěte

Jméno a příjmení

adresa

telefon/e-mail

.....

3. Další kontaktní osoba/y

Jméno a příjmení

vztah k žadateli

telefon/e-mail

.....

.....

4. Důvod podání žádosti a očekávání žadatele o sociální službu (jaké důvody vedou zájemce/zájemkyni k podání žádosti, jakou péči potřebuje – časový rozsah)

.....

.....

.....

.....

Zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů

Správce Vámi poskytnutých osobních údajů jsou Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace. Osobní údaje budou zpracovány dle čl. 6 odst. 1 písm. b) GDPR výhradně pro shora uvedený účel (žádost o poskytnutí sociální služby). Osobní údaje nebudou jejich správcem zpřístupňovány ani předávány jiným osobám.

Datum:

.....
Podpis žadatele nebo opatrovníka

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ŽADATELE

Potvrzuji, že výše uvedená/ý spadá do cílové skupiny denního stacionáře:

- Osoba se **středním** anebo **těžším** mentálním postižením
- Osoba s poruchou autistického spektra

Datum:

.....
razítko a podpis lékaře

Mám **nemám zájem o zaslání písemného vyjádření k vyhodnocení mé žádosti.**

_____ **VYHODNOCENÍ ŽÁDOSTI - nevyplňujte** _____

Způsob vyřešení žádosti:

SCHVÁLENO – ZAMÍTNUTO

Datum:

.....
podpis vedoucí Denního stacionáře

Přílohy žádosti:

- Dotazník pro zájemce o Denní stacionář (**povinný**)
- Posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu pro účely poskytnutí sociální služby (**nepovinný**)