

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÁ DÍLNA (KAVÁRNA)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ		DATUM NAROZENÍ
TRVALÉ BYDLIŠTĚ, PSČ		
SOUČASNÉ BYDLIŠTĚ		
DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ		TELEFON (E-MAIL)
PŘÍSPĚVEK NA PÉČI – STUPEŇ NEBO JEHO VÝŠE V KČ: (DOBOROVOLNÝ ÚDAJ)		
KONTAKTNÍ OSOBY / NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÍ		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ	PŘÍBUZENSKÝ POMĚR K ŽADATELI	ADRESA, TELEFON
OPATROVNÍK, JE-LI ŽADATEL OMEZEN VE SVÉPŘÁVNOSTI		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ		VZTAH K ŽADATELI
ADRESA		
E - MAIL		TELEFON

PROSTOR PRO VAŠE PŘÍPADNÉ SDĚLENÍ (NAPŘ. CO OD TÉTO SLUŽBY OČEKÁVÁTE):

.....

.....

.....

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

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 KONTAKTOVÁNI SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ.
V PŘÍPADĚ Kladného posouzení žádosti následuje dohodnutí termínu osobní návštěvy zařízení, která je nutnou podmínkou pro přijetí nebo zařazení do pořadníku čekatelů.