

---

Podpora samostatného bydlení, Partyzánská 229, 747 87 Budišov nad Budišovkou

## **ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

### **Údaje o žadateli:**

Jméno a příjmení .....

Datum narození .....

Adresa trvalého bydliště .....

Telefon, e-mail .....

### **Údaje o opatrovníkovi:**

*(uved'te v případě, že je žadatel právně úplně nebo částečně nesvéprávný)*

Jméno a příjmení / veřejný opatrovník.....

Adresa .....

Telefon, email .....

Proč máte zájem o poskytování naší služby?

.....

.....

.....

---

**Prohlášení žadatele:**

Souhlasím s použitím mých osobních údajů včetně zvláštní kategorie osobních údajů v souladu s ustanovením čl. 13 a následujících Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem srozuměna(a) s tím, že jsem povinen(a) neprodleně nahlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

**Upozornění:**

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění dávám svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních a citlivých údajů souvisejících se zařazením do evidence žadatelů o poskytování služby, a to až do doby jejich archivace a skartace.

.....  
podpis žadatele

.....  
podpis opatrovníka

V .....

dne .....

## **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**

**Žadatel:**

---

Jméno a příjmení:		
Datum narození:		
Adresa trvalého bydliště:		
Adresa a kontakt praktického lékaře:		
<b>Mentální postižení:</b>		
<b>Duševní onemocnění:</b>		
Tělesné postižení:		
Smyslové postižení:		
Další důležité informace/údaje o zdravotním stavu, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v podporovaném bydlení (infekční onemocnění, alergie, diabetes, epilepsie, kardiak....):		
..... dne	..... razítka	..... podpis lékaře