Žádost o poskytnutí sociální služby

Azylový dům pro muže a matky s dětmi

|  |  |
| --- | --- |
| **Žádost přijata dne** |  |
| **Evidenční číslo žádosti** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osobní a kontaktní údaje žadatele** | | | | | | | | | | | | |
| Příjmení a jméno žadatele |  | | | | | | | | | | | |
| Rodné příjmení |  | | | | | | | | | | | |
| Datum narození |  | | | Rodné číslo | | | | |  | | | |
| Místo narození |  | | | | | | | | | | | |
| Trvalé bydliště, PSČ |  | | | | | | | | | | | |
| Poslední místo pobytu |  | | | | | | | | | | | |
| Telefonní kontakt |  | | | | E-mail | | |  | | | | |
| Státní příslušnost |  | | | | | | | | | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | | | | | | | | | |
| Rodinný stav | svobodný(-á) | | ovdovělý(-á) | | | | rozvedený(-á) | | | | ženatý/vdaná | |
| Vzdělání | základní | vyučen (-a) | | | | středoškolské | | | | vyšší odborné | | vysokoškolské |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lékařská péče o žadatele** | |
| **Praktický lékař** |  |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa |  |

|  |
| --- |
| **Důvod žádosti a očekávání od poskytované služby** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Děti:** | | | |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno |  | | |
| Datum narození |  | | |
| Školské zařízení |  | | |
| Dětský lékař |  | Město |  |
| Otec: |  | | | |
| Zdravotní pojišťovna |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Omezení svéprávnosti** | | |
| Omezení svéprávnosti | ano | ne |
| Příjmení a jméno opatrovníka |  | |
| Adresa bydliště opatrovníka |  | |
| Telefon opatrovníka |  | |
| **UPOZORNĚNÍ -** v případě omezení svéprávnosti žadatele přiložte kopii rozhodnutí soudu. | | |

Prohlášení a souhlasy

Souhlasím se zařazením Žádosti o poskytnutí sociální služby – azylový dům do evidence žadatelů, pokud v uvedeném zařízení nebude aktuálně volné místo: **ANO – NE**

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje vyplnil (-a) pravdivě a dle aktuálních skutečností.

Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování a shromažďování osobních i citlivých údajů podle příslušných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracovávání osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu, po kterou bude žádost v pořadníku žadatelů a případně po celou dobu poskytování příslušné sociální služby až do doby archivace a skartace.

Datum vyplnění žádosti: ……………………………

………………………………………………

*podpis žadatele*