



CENTRUM POMOCI z. ú., denní stacionář

IČO: 68899327, Kašparova 2978/1, 733 01 Karviná-Hranice, č. účtu 2601001526/2010,  
tel: 596 347 845, 603734 223, e-mail: [galaxie.karvina@atlas.cz](mailto:galaxie.karvina@atlas.cz), <http://www.galaxie-karvina.cz>

---

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ

DENNÍ STACIONÁŘ, GALAXIE CENTRUM POMOCI z. ú.

Žádost přijal:

Podpis:

Dne:

Číslo žádosti:

<b>PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL ZÁJEMCE:</b>
DATUM A MÍSTO NAROZENÍ:
TRVALÉ BYDLIŠTĚ:  Kontaktní adresa (pokud není stejná jako trvalé bydliště):
SVÉPRÁVNOST a) neomezená b) omezená (specifikovat)
OPATROVNÍK (zákonný zástupce)  Jméno, příjmení, titul:  Doklad č.j.:  Vztah k žadateli:  Kontaktní údaje (adresa, telefon, e-mail):

KONTAKTNÍ OSOBA (dohoda o spolupráci)

Jméno, příjmení, titul:

Vztah k žadateli:

Kontaktní údaje (adresa, telefon, e-mail):

DALŠÍ KONTAKTNÍ OSOBA:

ŠKOLNÍ DOCHÁZKA:

STUPEŇ ZÁVISLOSTI (příspěvek na péči):

PRŮKAZ ZTP/P:

SPECIFIKA ZDRAVOTNÍHO HENDIKEPU:

DŮVOD ŽÁDOSTI K UMÍSTĚNÍ DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

Frekvence docházky:

Strava:

Způsob platby:

Cíl péče:

POTŘEBY ŽADATELE – V JAKÉM ROZSAHU POTŘEBUJE PÉČI V OBLASTECH:

pomoc při osobní hygieně:

pomoc při podávání jídla:

pomoc při péči o vlastní osobu (specifikovat):

pohyb, prostorová orientace, pohyb mimo zařízení:

pomoc při obstarávání osobních záležitostí:

aktivizace:

Vyplněním a podpisem této žádosti beru na vědomí, že GALAXIE CENTRUM POMOCI z. ú., Kašparova 2978, 733 01 Karviná – Hranice, IČO: 68899327 coby správce osobních údajů, zpracovává uvedené osobní údaje, a to za účelem a po dobu zpracování nezbytném pro splnění smlouvy dle čl. 6 odst. 1 písm. b) Obecného nařízení Evropského parlamentu a rady EU 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Žadatel byl seznámen s vnitřními pravidly Poskytovatele pro poskytování sociální služby. Vnitřní pravidla mu byla předána v písemné podobě, a tato pravidla byla přečtena při provedeném sociálním šetření. Uživatel jakožto příjemce poskytované sociální služby se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.

Podpis zájemce .....

Podpis opatrovníka (zákonného zástupce) .....

V ..... dne .....

**Příloha k žádosti:** Vyjádření lékaře