

ŽÁDOST O PŘIJETÍ

DENNÍ STACIONÁŘ, GALAXIE CENTRUM POMOCI z. ú.

Žádost přijal:

Podpis:

Dne:

Číslo žádosti:

| |
|---|
| PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL ZÁJEMCE: |
| DATUM A MÍSTO NAROZENÍ: 23.10.1997, Český TĚŠÍN |
| 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:

Doprava:

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 a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

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