**ANNA ČESKÝ BROD, sociální služby pro seniory**

Žitomířská 323, 282 01 Český Brod

IČ 00873713

Tel. 321 622 257, Tel./fax 321 623 330

­­­­­­­­­­­­­

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB **- DOMOV PRO SENIORY**

|  |  |
| --- | --- |
|   Datum podání žádosti (podací razítko) |     |
|   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| 1. Žadatel:……………………………………………………………………………………………….……………………….. |
|   |  | příjmení rodné příjmení (u žen)  |  | jméno křestní |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Narozen(a):……………………………………………………………………………………………………………….…. |
|   |  | den, měsíc, rok |  |  | místo |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Trvalé bydliště:……………………………………………………………………………………………………….…….. |
|   |  |  |  | *(ulice, č. p., město a PSČ)* |  |  |  |   |
| Telefon:…………………………………… Adresa pro korespondenci neshoduje-li se s trvalým bydlištěm. ………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. Státní příslušnost:………………………………..  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Příspěvek na péči: |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
| Pobírám příspěvek na péči ve výši ………….…….. Kč / měsíčně vyplácí městský úřad: ………………………………… |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |
| Požádáno o příspěvek: ANO / NE na městském úřadě: ………….……………..………………………………………… |
|  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. Čím žadatel odůvodňuje potřebu využívání služeb: |  |  |   |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………….... |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 7. Žádám o pokoj: **jednolůžkový, dvoulůžkový, třílůžkový, čtyřlůžkový, jakýkoliv** *(možno zaškrtnout více možností)* |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. Kontaktní osoby: |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
| Jméno a příjmení | Vztah k žadateli |   | Adresa, telefon, e-mail (uveďte více možností |
|   |   | (příbuzenský poměr) |   | telefonického spojení - zaměstnání, mobil) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |
| 9. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům. |
|  ……………………………………………………………………………………………………………………………………..  |
| Rozhodnutí soudu v……………………………………………ze dne………………………………………………………… |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| č.j. …………………………………………………….. |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10. **Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):** |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  **Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že** |
|  **nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody,**  |
|  **eventuelně i ukončení poskytování služeb.** |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  | ………………………………………………………………………………. |
|   |  |  | Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce |
|   |  |  |  | (u zákonného zástupce uveďte jeho adresu) |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| V…………………………………………………………… | dne………………………………………………… |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11. Souhlas žadatele: |  |  |  |  |  |   |
| **Souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů** podle zákona č. 101/2000 Sb.- O ochraně osobních údajů, v platném znění. Souhlas je udělován ode dne podání žádosti o poskytování služeb v **ANNA Český Brod, sociální služby pro seniory**, zařazením do evidence žadatelů o sociální službu a vedení příslušné spisové dokumentace do doby skartace.  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  | ………………………………………………………………………………. |
|   |  |  | Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce |
|   |  |  |  | (u zákonného zástupce uveďte jeho adresu) |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| V…………………………………………………………… | dne………………………………………………… |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |