



**JIHOMĚSTSKÁ
SOCIÁLNÍ a.s.**

DOMOV PRO SENIORY

Janouchova 670/1, 149 00 Praha 11 – Háje
Telefon: 603 205 396, email: soc@jmsoc.cz

„Když už to doma nezvládáte.“

Datum podání

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

Evidenční číslo žádosti:

Potvrzení přijetí žádosti:

ŽÁDOST O POBYTOVOU SLUŽBU DOMOV PRO SENIORY

dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno a příjmení	
Datum a místo narození	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Místo aktuálního pobytu	
Specifikace (patro, označení zvonku, pes, atp.)	
Telefon	
E-mail	

KONTAKTNÍ OSOBA

Jméno a příjmení	
Vztah vůči žadateli	
Telefon	
E-mail	
Jméno a příjmení	
Vztah vůči žadateli	
Telefon	
E-mail	
Souhlasím s tím, že zde uvedené osobě/osobám mohou být poskytovány informace ovlivňující průběh poskytování služeb.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANO	NE

OPATROVNÍK (u osob omezených ve svéprávnosti)

Jméno a příjmení	
Adresa	
Opatrovník byl ustanoven na základě rozhodnutí vydané soudem _____	
ze dne _____ č.j. _____	
Podpis opatrovníka	

ŽÁDÁM O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY Z DŮVODU

--

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

- Ano I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň
- Ne žádost podána dne: _____ nezažádáno

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE A KONTAKTNÍ OSOBY

Prohlášení žadatele o souhlasu s poskytnutím osobních, příp. citlivých údajů uvedených v této žádosti o pobytovou sociální službu v DS

Prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a o zpracování osobních údajů v souvislosti s vyřizováním žádosti, příp. pobytem v zařízení DS.

Souhlasím, aby DS zpracovával a archivoval pro účel požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení moje osobní data vč. informací o zdravotním stavu a skutečností s tím souvisejících, tj. citlivé údaje.

Souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu uvedené v potvrzeném Vyjádření lékaře byly součástí sociální dokumentace.

Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoli změnu osobních a zdravotních údajů před příp. uzavřením smlouvy.

Souhlasím s ověřením skutečností, které jsou rozhodné pro řízení ve věci mé žádosti (přešetření celkových sociálních poměrů v domácnosti žadatele).

Tento souhlas lze odvolat pouze za podmínek stanovených Nařízením EU č.2016/679 a platnými právními předpisy.

V Praze dne

Podpis žadatele

Prohlášení kontaktní osoby o souhlasu s poskytnutím osobních údajů uvedených v této žádosti o pobytovou sociální službu v DS

Prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a o zpracování osobních údajů v souvislosti s vyřizováním žádosti žadatele o pobytovou službu v DS.

Souhlasím, aby DS zpracovávalo a archivovalo moje osobní údaje pro účel zprostředkování kontaktu se žadatelem při zpracování žádosti a následného poskytnutí požadované služby po dobu trvání pobytu a následných 10 let po jeho ukončení.

Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoli změnu osobních údajů.

Beru na vědomí, že poskytnutá osobní data mohou být písemně kdykoli zpět.

V Praze dne

Podpis kontaktní osoby

Příloha žádosti: Vyjádření lékaře k žádosti o sociální službu

KONTAKTNÍ ÚDAJE SOCIÁLNÍ PRACOVNICE

Telefon	603 205 396
E-mail	soc@jmsoc.cz
Adresa	Janouchova 670/1, Praha 11 – Háje