**Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace**
č. p. 193
347 01 Milíře

(dále jen “Organizace”)

PLZEŇSKÝ KRAJ
zřizovatel

# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

**Druh sociální služby:**

◯ Domov pro osoby se zdravotním postižením — ID: 4088938

◯ Odlehčovací služba — ID: 8113267

## 1 Údaje o žadateli

**Jméno, příjmení, příp. tituly žadatele**

**Datum narození žadatele** | **Státní příslušnost**

**Adresa trvalého pobytu**

**Ulice** | **Č. p.** | **Město** | **PSČ**

**Adresa aktuálního pobytu (je-li odlišná)**

**Ulice** | **Č. p.** | **Město** | **PSČ**

**Telefon** | **Email**

## 2 Důvod podání žádosti, potřebnost služby

**Jaký je důvod podání Vaší žádosti? Co od naší služby očekáváte?**

| | |
|---|---|
| **Máte přiznaný příspěvek na péči?** | ○ ano ○ ne |
| **V jaké výši?** | ○ 1. stupeň ○ 2. stupeň ○ 3. stupeň ○ 4. stupeň ○ zažádáno |

**Zastoupení žadatele**

Využíváte tzv. podpůrná opatření dle občanského zákoníku?

| | | |
|---|---|---|
| Předběžné prohlášení | ○ ano | ○ ne |
| Nápomoc při rozhodování – podpůrce | ○ ano | ○ ne |
| Zastoupení členem domácnosti | ○ ano | ○ ne |

**Opatrovník**

| | | |
|---|---|---|
| Máte ustanoveného opatrovníka? | ○ ano | ○ ne |

## 3 Opatrovník / zákonný zástupce

**Jméno, příjmení, titul**

**Adresa**

**Telefon** **Email**

**V případě veřejného opatrovníka uveďte obec dle listiny o ustanovení opatrovníka**
**Název obce:**

Organizace zpracovává v rámci svého provozu osobní údaje, a to v plném souladu se všemi zásadami vyplývajícími z nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR). Informace o zpracovávání osobních údajů zveřejňuje Organizace na svých webových stránkách.
Svým podpisem stvrzuji, že jsem si vědom(a) svých práv na úseku ochrany osobních údajů.

**Datum** **Podpis opatrovníka / zákonného zástupce**

## 4 Kontaktní osoba

Žadatel svým podpisem zmocňuje níže uvedenou kontaktní osobu k přebírání písemností, přijímání a předávání informací a k činění úkonů vůči Organizaci souvisejících s podáním a vyřizováním této žádosti a s jednáním směřujícím k uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. **Toto zmocnění se nevztahuje na podpis žádosti o poskytnutí sociální služby ani na uzavření či podpis smlouvy o poskytnutí sociální služby.** Kontaktní osoba toto zmocnění svým podpisem přijímá.

**Jméno, příjmení, titul**

**Adresa**

**Telefon** **Email**

Organizace zpracovává v rámci svého provozu osobní údaje, a to v plném souladu se všemi zásadami vyplývajícími z nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR). Informace o zpracovávání osobních údajů zveřejňuje Organizace na svých webových stránkách.
Svým podpisem stvrzuji, že jsem si vědom(a) svých práv na úseku ochrany osobních údajů.

**Datum** **Podpis kontaktní osoby**

## 5 Prohlášení žadatele / opatrovníka / zákonného zástupce

**Žádám tímto o uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. Pro případ, že kapacita služby neumožní okamžité uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby, beru na vědomí zařazení žádosti do evidence žadatelů.**

Organizace zpracovává v rámci svého provozu osobní údaje, a to v plném souladu se všemi zásadami vyplývajícími z nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR). Informace o zpracovávání osobních údajů organizace zveřejňuje na svých webových stránkách.

Plzeňský kraj (zřizovatel) plánuje kapacity a rozvoj sociálních služeb, k tomu získává osobní údaje ve veřejném zájmu za účelem naplnění účelu zákona o sociálních službách. Vaše jméno, příjmení, datum narození, obec trvalého pobytu a skutečnost, že jste žadatelem o poskytnutí konkrétní pobytové sociální služby, budou poskytnuty Plzeňskému kraji. Další informace jsou zveřejněny na webových stránkách organizace a na webových stránkách Plzeňského kraje.

**Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou správné, úplné a pravdivé.**

**V případě zásadních změn údajů uvedených v této žádosti a v přílohách (např. změna zdravotního stavu, změna adresy, změna kontaktní osoby) je nutné tyto změny co nejdříve nahlásit.**

V případě, že žádost podepisuji v zastoupení žadatele, prohlašuji, že byl žadatel srozumitelným způsobem seznámen s jejím obsahem i vyplývajícími právy a povinnostmi.

| Datum | Podpis žadatele / opatrovníka / zákonného zástupce |
|---|---|
| | |

## 6 Přílohy a doručení

**K žádosti je nezbytné doložit vyjádření lékaře, případně kopii Listiny o ustanovení opatrovníka.**

Žádost můžete doručit na adresu Domova pro osoby se zdravotním postižením Milíře, příspěvková organizace, č. p. 193, 347 01 Milíře nebo na email info@domovmilire.cz.

Další informace získáte telefonicky na čísle 606 616 580 nebo 737 491 401.