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.