Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace
Nábřeží Jana Seitze 155/III, SUŠICE, 342 01
www.socialni-susice.cz

ŽÁDOST

o poskytování sociální služby

Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace Nábřeží Jana Seitze 155, 342 01 Sušice IČ: 49207482

Kontaktní osoba:	sociální pracovnice	Heslo pro komunikaci[1]:
Telefon:	376 547 312, 602 524 705	
Email:	pillerova@socialni-susice.cz	Datum doručení žádosti:
Web:	www.socialni-susice.cz	

ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno, příjmení, titul			
Datum narození			
Trvalé bydliště (ulice a č.p., obec, PSČ)			
Kontaktní údaje: (telefon, popř. e-mail)			
Žadatel odebírá úkony pečovatelské služby			ano ne
Žadatel pobírá příspěvek na péči			ano ne
Výše příspěvku		**Městský nájemní byt** **(pro případ poptávky po pobytových službách – viz níže)**	ano ne

ÚDAJE O: □ OSOBA BLÍZKÁ □ OPATROVNÍK

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní údaje (telefon, e-mail)		**Vztah k žadateli**	

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní údaje (telefon, e-mail)		**Vztah k žadateli**	

[1] Žadatel/osoba blízká/opatrovník, dále též „oprávněné osoby“, berou na vědomí, že je jejich povinností chránit heslo pro účely komunikace s poskytovatelem sociálních služeb před zpřístupněním třetím osobám, únikem či zneužitím. Jakmile vznikne na straně oprávněných osob sebemenší podezření z jakéhokoliv úniku či zneužití hesla, zavazují se oprávněné osoby o této skutečnosti poskytovatele sociálních služeb neprodleně prokazatelně informovat. Poskytovatel na základě tohoto oznámení přijme potřebná opatření.

POPTÁVANÉ SLUŽBY

1. Pobytové služby	□[2] **domov pro seniory** **Pozn.: Nutné vyjádření lékaře**
	□ **domov se zvláštním režimem**

Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace
Nábřeží Jana Seitze 155/III, SUŠICE, 342 01
www.socialni-susice.cz

	Pozn.: Nutné vyjádření lékaře
	□ **odlehčovací služba** **Pozn.: Nutné vyjádření lékaře**
2. Terénní a ambulantní služby	□ **pečovatelská služba**
	□ **sociální poradna**
	□ **aktivizace**
	□ **tísňová péče** **Pozn.: Nutné vyjádření lékaře**
	□ **denní stacionář Klíček** **Pozn.: Nutné vyjádření lékaře**
	□ **terénní odlehčovací služba**

DALŠÍ SKUTEČNOSTI – POZNÁMKY:

V_____ dne _____

_____
Podpis žadatele (opatrovníka)

PROHLÁŠENÍ O SOULADU ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ S PLATNOU PRÁVNÍ ÚPRAVOU

Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace zpracovává osobní údaje v plném souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) 2016/679 (nařízení GDPR) a souvisejícími právními předpisy.

V Sušici dne

Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace