**příloha č. 2. pokynu č. 3 Jednání se zájemcem o sociální službu**

 KARMEL Tichá

**Žádost o přijetí KARMEL Tichá**

 …………….………………………………………..

 datum podání žádosti

 (vyplní zařízení SD)

**Specifikace žádosti**

| **Požadovaná služba** *(škrtněte nevyhovující)*:  | **domov pro osoby se zdravotním postižením** |
| --- | --- |
| Požadovaný termín přijetí: |

**Žadatel o službu** (potenciální uživatel)

| Jméno a příjmení: |   |
| --- | --- |
| Datum narození: |  |
| Bydliště: |  |
| Telefon: |  |
| Schopnost komunikace (porozumění mluvenému slovu, schopnost sdělení, využívání komunikačních pomůcek): |  |
| Svéprávnost:*(škrtněte nevyhovující)* | Ano (zbaven svéprávnosti) – ne (není zbaven svéprávnosti) |
| Jste poživatelem příspěvku na péči? | Ano – nePokud ano, zaškrtněte stupeň závislosti: I, II, III, IV |

**Zákonný opatrovník žadatele o službu**

| Vztah k žadateli o službu |  |  | opatrovník |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |   |   |  |
| Bydliště: |  |  |  |
|  |  |  |
| Telefon domů: |  |  |  |
| Mobilní telefon: |  |  |  |
| E-mail: |  |  |  |

**Příbuzní nebo jiné osoby, které lze kontaktovat v případě naléhavé potřeby**

| Jméno a příjmení | Bydliště | Telefon |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ostižením** je formulář **„Posudek o zdravotním stavu zájemce o službu“**, který vyplní ošetřující lékař.

Souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů a citlivých osobních údajů týkajících se zdravotního stavu.

Zařízení Slezské diakonie KARMEL Tichá se zavazuje nakládat se svěřenými údaji podle zákona o ochraně osobních údajů (101/2000 Sb.).

V…………………………..dne…………………….

Podpis žadatele: ……………………………………………

Podpis zákonného zástupce/opatrovníka: ……………….………………