**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA MAGNOLIE**

**Žadatel/ka**

Jméno, příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Místo současného pobytu (v případě PN Opava napište i oddělení): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádám tímto o přijetí mé žádosti do Domova Magnolie.

Důvod potřebnosti služby:

**Kontaktní osoba** (kdo má být kontaktován v případě doložení lékařských zpráv, o sociálním šetření, možnosti nástupu)**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno, příjmení, vztah** | **Telefonní číslo** | **Kontaktní e-mail** | **Adresa trvalého bydliště** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Zákonný zástupce/opatrovník žadatele/ky** (pokud nejste omezen/a ve svéprávnosti, nevyplňujte):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno, příjmení** | **Číslo jednací rozhodnutí soudu** | **Telefonní číslo** | **Adresa trvalého bydliště** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Prohlášení žadatele/ky (zástupce):*** |
|  |
| *Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.* |
| *Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím, aby poskytovatel zpracovával mé osobní a citlivé údaje pro účely* *spojené s vedením této žádosti v evidenci o poskytnutí sociální služby, a to až do doby archivace a skartace.**Beru na vědomí, že poskytovatel sociální služby bude s osobními a citlivými údaji žadatele/ky nakládat* *v souladu se zákonem č.101/2000 Sb, a dle obecného nařízení EU 2016/679 , o ochraně osobních údajů, v platném znění, a souhlasím s jejich použitím.* |
|  |

**Žádost podána dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis žadatele/ky** 1**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis opatrovníka/ zmocněnce: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 V případě, že žadatel/ka není schopen/a podpisu, prosíme doložte potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu.