**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA MAGNOLIE**

**Žadatel**

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 žadatel** (pokud nejste omezen ve svéprávnosti, nevyplňujte):

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.* |
| *Byl jsem informován, že poskytovatel bude zpracovávat mé osobní údaje spojené s vedením této žádosti v evidenci o poskytnutí sociální služby, a to až do doby archivace a skartace.*  *Více informací o zpracovávání osobních údajů se mohu dozvědět od sociální pracovnice nebo na webových stránkách Domova:* [*www.domovmagnolie.ostrava.cz*](http://www.domovmagnolie.ostrava.cz)*.* |
|  |

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

**Podpis žadatele** 1**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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