



Harmonie, příspěvková organizace

Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01

Pracoviště: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chářovská 785/85, Krnov

Žádost o poskytnutí sociální služby v Harmonii, příspěvkové organizaci

Žadatel:

Příjmení:		Datum narození:	
Jméno:		Kontaktní adresa:	
E-mail *		Telefon *	

Je žadatel omezen ve svéprávnosti? (napište ANO pod vybraný údaj):

žadatel není omezen ve svéprávnosti	žadatel je omezen ve svéprávnosti

Zákonný zástupce/opatrovník (vyplňte pouze v případě, že žadatel je omezen ve svéprávnosti):

Příjmení, jméno, titul:	
Adresa:	
telefon, e-mail:	



Harmonie, příspěvková organizace

Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01

Pracoviště: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chářovská 785/85, Krnov

Jaký je Váš důvod podání žádosti?

Prohlášení žadatele

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě, o případných změnách budu neprodleně informovat Harmonii, příspěvkovou organizaci, Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů a citlivých dat a jejich zařazením do evidence žadatelů o poskytnutí služeb Harmonie, příspěvková organizace. Evidence je v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých údajů v platném znění.

Údaje budou zpracovávány a vedeny v Evidenci žadatelů po dobu jednoho roku.

V dne

.....
podpis žadatele

.....
podpis opatrovníka



Harmonie, příspěvková organizace

Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01

Pracoviště: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chářovská 785/85, Krnov

K žádosti je nutno přiložit – **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele.**

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele – příloha žádosti o poskytnutí sociální služby:

Příjmení, jméno:	
Datum narození:	
Bydliště Město:	Ulice: PSČ:
I. stupeň – lehké mentální postižení *) II. stupeň – středně těžké mentální postižení *) III. stupeň – těžké mentální postižení *) IV. stupeň – hluboké mentální postižení *) * nehodící se škrtněte	Zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením (diabetes, epilepsie, alergie, ...) :
Odborní lékaři:	Další důležité údaje:

Datum a podpis lékaře: