



**Harmonie, příspěvková organizace**

Chářovská 785/85, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov

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**

Chářovská 785/85, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov

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

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním poskytnutých osobních údajů a citlivých dat a jejich zařazení do evidence žadatelů o poskytnutí služeb Harmonií, příspěvkovou organizací. Evidence je v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č.110/2019 Sb., ze dne 12. března 2019 o zpracování osobních údajů.

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

V ..... dne .....

.....  
podpis žadatele

.....  
podpis opatrovníka



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 *) <b>* nehodící se škrtněte</b>	Zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením (diabetes, epilepsie, alergie, ...) :
Odborní lékaři, které žadatel pravidelně navštěvuje <sup>1</sup> : Psychiatr <input type="checkbox"/> Neurolog <input type="checkbox"/> Diabetolog <input type="checkbox"/>	Další důležité údaje:

<sup>1</sup> Označte křížkem



**Harmonie, příspěvková organizace**

Chářovská 785/85, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov

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

Další odborní lékaři (doplňte)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Datum a podpis praktického lékaře:**