



**Harmonie, příspěvková organizace**  
Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01



Bc. Yvona Marečková, tel. 731 692 321, [vedoucichb@po-harmonie.cz](mailto:vedoucichb@po-harmonie.cz),  
Chráněné bydlení, B. Smetany 536/35, 793 95 Město Albrechtice

## Žádost o poskytnutí sociální služby v Harmonii, příspěvkové organizaci

### Žadatel:

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

### Svéprávnost žadatele (křížkem označte vybraný údaj) :

<input type="checkbox"/> Žadatel není omezen ve svéprávnosti	<input type="checkbox"/> Žadatel je omezen ve svéprávnosti

### Opatrovník (vyplňte pouze v případě, že je žadatel omezen ve svéprávnosti):

Příjmení, jméno, titul:	
Kontaktní adresa:	
Telefon, e-mail:	

### Žadatel si přeje využít služeb Harmonie, příspěvkové organizace:

<input type="checkbox"/> Chráněného bydlení – Město Albrechtice
<input type="checkbox"/> Chráněného bydlení – Krnov
<input type="checkbox"/> Chráněného bydlení – Osoblaha



**Harmonie, příspěvková organizace**  
Krnov, Pod Cvilínem, Chářovská 785/85, PSČ 794 01



Bc. Yvona Marečková, tel. 731 692 321, [vedoucichb@po-harmonie.cz](mailto:vedoucichb@po-harmonie.cz),  
Chráněné bydlení, B. Smetany 536/35, 793 95 Město Albrechtice

### 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, B. Smetany 536/35, 739 95 Město Albrechtice, Bc. Y. Marečkovou.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováváním poskytnutých osobních údajů a citlivých dat a jejich zařazením do evidence žadatelů o poskytnutí služeb Harmonií, příspěvkovou organizací. 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.

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

.....  
podpis žadatele

.....  
podpis opatrovníka



Bc. Yvona Marečková, tel. 731 692 321, [vedoucichb@po-harmonie.cz](mailto:vedoucichb@po-harmonie.cz),  
Chráněné bydlení, B. Smetany 536/35, 793 95 Město Albrechtice

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

Příjmení, jméno žadatele:	
Datum narození žadatele:	
Adresa žadatele:	
Zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v chráněném bydlení (psychické obtíže, diabetes, epilepsie, alergie a jiné):	I.stupeň – lehké mentální postižení II.stupeň – středně těžké mentální postižení III.stupeň – těžké mentální postižení IV.stupeň – hluboké mentální postižení <b>* zakroužkujte odpovídající možnost</b>
Odborní lékaři, které zájemce pravidelně navštěvuje:	Další důležité údaje:

**Datum a podpis lékaře:**