



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 organizaci¹

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:	

Jaký je Váš důvod podání žádosti? (možno rozepsat v samostatné příloze)

¹ K ŽÁDOSTI JE NUTNÉ PŘILOŽIT

- Prohlášení žadatele
- Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele



Harmonie, příspěvková organizace

Chářovská 785/85, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov

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



Příloha č. 1:

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.**

Osobní údaje obsažené v žádosti budou Harmonií, příspěvkovou organizací zpracovávány pouze pro účely posouzení vhodnosti pobytu v chráněném bydlení nebo domově pro osoby se zdravotním postižením a jako podklad pro zpracování smlouvy; k jiným účelům nebudou tyto osobní údaje Harmonií, příspěvkovou organizací použity. Harmonie, příspěvková organizace při zpracovávání osobních údajů dodržuje platné právní předpisy. Podrobné informace o ochraně osobních údajů jsou uvedeny na oficiálních webových stránkách Harmonie, příspěvkové organizace, www.po-harmonie.cz

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



Harmonie, příspěvková organizace

Chářovská 785/85, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov

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

Příloha č. 2:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

Příjmení, jméno:	
Datum narození:	
Adresa bydliště Ulice, č.p./č.o.: Město/obec: PSČ:	
I. stupeň – lehké mentální postižení *) II. stupeň – středně těžké mentální postižení *) III. stupeň – těžké mentální postižení *) IV. stupeň – hluboké mentální postižení *) <hr/> * nehodící se škrtněte	Zdravotní potíže, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením (diabetes, epilepsie, alergie, ...) :
Odborní lékaři, které žadatel pravidelně navštěvuje *: Psychiatr <input type="checkbox"/> Neurolog <input type="checkbox"/> Diabetolog <input type="checkbox"/> <hr/> * označte křížkem Další odborní lékaři (doplňte):	Další důležité údaje:

Datum a podpis praktického (ošetřujícího) lékaře: