NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

**Středisko NADĚJE Zlín**

* **dílna Letná - Bratří Sousedíků 349, 760 01 Zlín; tel.: 577 006 811, 577 006 814**
* **dílna Svíčkárna/Tkalcovna - Díly IV/3692, 760 01 Zlín; tel.: 577 006 811, 577 216 070**

|  |
| --- |
| 1. Jméno a příjmení žadatele: |
| Rodné příjmení: |
| Datum narození a místo: |
| Adresa trvalého bydliště: |
| Adresa nynějšího pobytu žadatele: |
| Telefonní kontakt: |

|  |  |
| --- | --- |
| Státní příslušnost: | Rodinný stav: |
| Povolání: |
| Osobní záliby:  |

|  |
| --- |
| 2. Kontaktní osoba (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), která má být informována o stavu žadatele, bude-li sociální službu využívat: |
| Jméno a příjmení: |
| Adresa: |
| Vztah k žadateli: |
| Telefonní kontakt: |

|  |
| --- |
| 3. Důvody žádosti: |
|  |
| 4. Opatrovník, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti, nebo jiný zástupce, podpůrce: |
| Jméno a příjmení:  |
| Adresa, telefon opatrovníka: |
| Rozsah omezení svéprávnosti: |

|  |
| --- |
| 5. Doporučení lékaře:  |
| Typ postižení (prosíme, zaškrtněte): mentální tělesné smyslové (jaké) kombinované (jak) Komentář:Stupeň postižení: Další důležité informace, které mohou mít vliv na průběh sociální služby (duševní porucha, duševní onemocnění, zvláštní potřeby apod.):   Razítko a podpis lékaře |
| 6. Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb:Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl správně. Svým podpisem dávám souhlas se shromažďováním osobních údajů podle ustanovení zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a archivaci v zařízení NADĚJE, pobočka Zlín po celou dobu od podání žádosti až do doby skartace dle platného předpisu v zařízení. Ve……………, dne………………… ……………………… Podpis žadatele, opatrovníka |