Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

ŽÁDOST ODLEHČOVACÍ AMBULANTNÍ SLUŽBU

Telefonní spojení: **+420 226 563 223**, **+420 777 495 513**, e-mail: gercenka@csop-praha15.cz

Pořadové č.:	Datum přijetí:	Způsob přijetí:	Podal:	Přijal / vyřizuje:	Razítko:
		Osobně Poštou Mailem	Žadatel Soc.pracovník Os. blízká žadateli		

Jméno a příjmení žadatele: …… Stav: ……..

Trvalé bydliště: ……..……Tel:……..

Kontaktní osoba: …… Vztah: ……

Bydliště: ……..

Tel. spojení: …… E-mail: ……

Kontaktní osoba: …… Vztah: ……

Bydliště: ……..

Tel. spojení: …… E-mail: ……

Osobní cíl žadatele……..……...

……

Poznámka: ……..

……

Číslo účtu pro zaslání vratky ……
Služby, o které mám zájem: VIZ SAZEBNÍK ÚKONŮ

Parmská 390, Praha 10, 109 00
tel. 271 960 984
e-mail: nzaworova@csop-praha15.cz
IČ:68405162, DIČ: CZ 68405162
Bankovní spojení: č.ú.: 2000942339/0800

Zavedeno od :…… do : ……

Součástí žádosti o ambulantní služby: Zdravotní záznam žadatele

Nedílnými přílohami uzavřené smlouvy s uživatelem ambulantní služby: Vnitřní pravidla pro poskytování odlehčovacích služeb, dotazník, záznam o šetření, sociální šetření, ceník úkonů, postup řešení stížnosti, zdravotní záznam, seznam alergenů.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s jejich obsahem a souhlasím s nimi.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., v plném změní, včetně údajů o zdravotním stavu a o kontaktní osobě. **Svým podpisem uděluji souhlas ke shromažďování a uchovávání těchto dat od posouzení mojí žádosti, od přijetí, až do doby jejich archivace a skartace.** Souhlasím, aby informace vztahující k mojí osobě byla poskytnuta kontaktní osobě.

Prohlašuji, že veškeré údaje mnou uvedené v této žádosti jsou pravdivé.

V Praze dne: …….…… Podpis žadatele: …….