Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ TERENNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Telefonní spojení: 274 870 065, 725 927 138, e-mail: socialnipracovnice@csop-praha15.cz

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

Jméno a příjmení žadatele: …… Titul: ……..

Trvalé bydliště: ……..……

Přechodné bydliště: ……Tel. spojení :……..

Kontaktní osoba: …… Vztah: …….

Bydliště: ……..

Tel. spojení: ……. E-mail: …….

Kontaktní osoba: …… Vztah: ……

Bydliště: ……..

Tel. spojení: ……. E-mail: …….

Kontaktní osoba: …… Vztah: ……

Bydliště: ……..

Tel. spojení: ……. E-mail: …….

Služby, o které mám zájem: VIZ SAZEBNÍK ÚKONŮ

Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

Mám zájem o tyto sociální úkony (označte X):

☐ Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
☐ Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu
☐ Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
☐ Pomoc při zajištění chodu domácnosti
☐ Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
☐ Dovážka obědů: pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle, svátky
V čase : 9,30 hod – 13,30 hod

PS bude zavedena od:

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.,a Nařízení Evropského parlamentu Rady EU 2016/679 ze dne 27.4.2016 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: …….

Poznámky: