Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

ŽÁDOST K UMÍSTĚNÍ UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO ODLEHČOVACÍ POBYTOVOU SLUŽBU

Telefonní spojení: 274 870 065, 725 927 138, e-mail: soj@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 o pobyt ……...

……

Poznámka: ……..

……

Číslo účtu pro zaslání vratky ……

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

……..

Služby, o které mám zájem: VIZ SAZEBNÍK ÚKONŮ

Zavedeno od :…… do : ……

Součástí žádosti o pobytové služby: Zdravotní záznam žadatele

Nedílnými přílohami uzavřené smlouvy s uživatelem pobytové služby: Vnitřní pravidla pro poskytování odlehčovacích služeb, dohoda o přistoupení k závazku, dotazník SOJ, záznam o šetření SOJ, sociální šetření SOJ, sazebník úkonů SOJ, postup řešení stížnosti, zdravotní záznam, seznam alergenů, záznam o složené vratné zálohy, seznam osobních věcí.

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: …….