**Žádost o poskytování sociální služby**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zájem o poskytování sociální služby:** | |
| ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením  ☐ Pobytová odlehčovací služba  ☐ Podpora samostatného bydlení | |
| **Zájemce o službu** | |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Adresa bydliště: |  |
| Místo současného pobytu: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| **Kontaktní osoba** | |
| Jméno a příjmení: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| **Zástupce[[1]](#footnote-1)** | |
| Jméno a příjmení: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| **Popis sociální situace** | |
|  | |
| **Očekávání od sociální služby** | |
|  | |
| **Další informace, které chcete sdělit** | |
|  | |
| **Souhlas s předáním informací** | |
| ☐ Souhlasím s předáním osobních údajů Středočeskému kraji do Krajského informačního systému o sociálních službách za účelem koordinace vyřízení této žádosti.  ☐ Souhlasím s předáním osobních údajů obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, ve které bydlím, za účelem provedení sociálního šetření pro posouzení této žádosti v místě mého bydliště.  ☐ Souhlasím s předáním informací Středočeskému kraji a dalším poskytovatelům, ke kterým jsem si podal žádost o poskytování sociální služby, zjištěných v rámci sociálního šetření provedeného pro posouzení této žádosti do Krajského informačního systému o sociálních službách za účelem koordinace jejího vyřízení. | |
| **Datum a podpis** | |
|  | |

1. Vyplňte v případě, že je zájemce omezen ve svéprávnosti, má-li opatrovníka nebo zmocněnce.

   [↑](#footnote-ref-1)