

## Žádost o poskytnutí sociální služby Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením Písečná

<b>Vyplňuje poskytovatel</b>	
Evidenční číslo žádosti:	
Datum zařazení do evidence:	

Vyplňuje žadatel o službu		
Příjmení	Jméno	Titul
Datum narození		
Bydliště		
Kontaktní údaje	Telefon	
	E-mail	
Kontakt na zákonného zástupce, popř. osobu blízkou		
Příjmení	Jméno	Vztah
Kontaktní údaje	Telefon	
	E-mail	
Bydliště		
Odůvodnění žádosti (např. zdravotní stav atd.)		
Kontakt		
sociální pracovnice DSOZP Písečná      +420 606 082 596 manažerka kvality sociálních služeb      +420 702 299 758		

**Zákonný zástupce** svým podpisem stvrzuje, že žádost je projevem svobodné vůle, údaje jsou pravdivé a souhlasí se zpracováním osobních údajů (GDPR) jak je níže uvedeno.

**Dne:**

**Podpis:**

#### **Informace o zpracování osobních údajů**

Správce osobních údajů jsou: Sociální služby Chomutov, Písečná 5030, Chomutov 43004 kontakt: tel: 474 623 261, 702 299 758 [www.soschomutov.cz](http://www.soschomutov.cz)  
e-mail: [soschomutov@soschomutov.cz](mailto:soschomutov@soschomutov.cz)

Kontakt na pověřence pro ochranu osobních údajů: [d.kuhn@chomutov-mesto.cz](mailto:d.kuhn@chomutov-mesto.cz)

Správce osobních údajů zpracovává tyto údaje žadatele: jméno, příjmení, titul, datum narození, trvalé bydliště, kontakt. Dále zpracovává jméno, příjmení, telefon kontaktní osoby, a to za účelem informování v případě jednání o poskytnutí služby žadateli. Takto získané osobní údaje správce nikam nepředává. Osobní údaje se zpracovávají po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem správce.

#### **Na správce je možné se obracet:**

- emailem,
- osobně v Denním stacionáři pro osoby se zdravotním Písečná a na ředitelství organizace Písečná 5030, Chomutov.

Výše uvedenými způsoby je možné se na správce obracet za účelem uplatnění práva na přístup k osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování, vznést námitku proti zpracování, jakož i při uplatnění práva na přenositelnost údajů a dalších práv podle obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

#### **Příloha:**

Vyjádření lékaře

**Vyjádření lékaře**  
**k Žádosti o poskytnutí sociální služby**  
**Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením Písečná**

**Žadatel/ka**

(příjmení, jméno, titul)

Datum narození

**Výše uvedená osoba trpí mentálním postižením, u kterého se může vyskytovat i jiné zdravotní postižení.**

ANO\*)    NE\*)

Rozepište podrobněji:

.....

.....

.....

.....

.....

**Hlavní diagnóza**
**Ostatní diagnózy**
**Obecné informace**

Narušuje kolektivní soužití	ano*)	ne*)
Je schopen chůze bez cizí pomoci	ano*)	ne*)
Je schopen vydržet v poloze vsedě	ano*)	ne*)
Je schopen sebeobsluhy	ano*)	ne*)
Je inkontinentní	ano*)	ne*)
Je pod dohledem specializovaného pracoviště Jakého:	ano*)	ne*)

Potřebuje zvláštní péči Jakou:	ano*)	ne*)
<b>Doplňující informace</b>		

Dne

Podpis a razítko lékaře