

Žádost o umístění
do Domova odpočinku ve stáří “Justynka“

Komenského náměstí 212, Hronov, 549 31, tel. 602 665 634

Informace o žadateli:

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Trvalé bydliště:

Místo současného pobytu:

Telefon na žadatele:

Rodinný stav: *

vdova/vdovec vdaná/ženatý rozvedený/rozvedená svobodná/svobodný

Informace o příspěvku na péči: *

1. stupeň 2. stupeň 3. stupeň 4. stupeň nezažádáno zažádáno

Důvod nástupu:

Informace o kontaktní osobě: (osoba zvolená žadatelem pro případ nemožnosti se s žadatelem spojit nebo mu porozumět):

Jméno a příjmení:

Vztah k žadateli:

Telefonické spojení:

Poznámka: * Prosíme zaškrtnout odpovídající informaci

V případě omezení způsobilosti k právním úkonům rozhodnutím soudu – kontakt na zákonného zástupce:

Jméno, příjmení:

Adresa:

Telefonické spojení:

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Žadatel podpisem stvrzuje, že veškeré údaje v žádosti jsou uvedeny pravdivě a mohou být využity pro účely vedení evidence žádosti v DO Justynka.

Žadatel svým podpisem souhlasí s tím, že informace obsažené v žádosti mohou být poskytnuty sociálnímu pracovníkovi obce.

Žadatel podpisem dává souhlas se zpracováním osobních údajů uvedených v *Žádosti a Vyjádření lékaře* pro přijímací řízení ve smyslu Nařízení EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů – GDPR a zákona č. 110/2019 o zpracování os. údajů.

Vlastnoruční podpis žadatele

Níže uvedené vyplňuje pracovník DO JUSTYNKA

Datum podání žádosti:

Datum převzetí kompletní žádosti:

Datum případného odmítnutí žádosti:

Přílohy k žádosti:

1. **Vyjádření lékaře**, popř. aktuální lékařská zpráva
2. Rozhodnutí soudu o určení zákonného zástupce pro zastupování (má-li žadatel opatrovníka/zástupce)
3. Potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu (není-li zájemce schopen podpisu)