



## Žádost o poskytování sociální služby

Razítko organizace: \_\_\_\_\_

Datum přijetí žádosti: \_\_\_\_\_

Žádost převzal: \_\_\_\_\_

### 1. Žadatel o sociální službu

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo a číslo OP: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště žadatele: \_\_\_\_\_

Nynější pobyt: \_\_\_\_\_

*(např. doma, ve zdravotnickém, resp. sociálním zařízení atd.)*

Rodinný stav: \_\_\_\_\_

**2. Zdravotní stav** (dočasná a prodělaná onemocnění, která mají vliv na současný stav žadatele, dietní omezení apod.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Praktický lékař** (jméno, adresa, telefon)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Výše přiznaného Příspěvků na péči (označte prosím jednu z následujících možností):**

A) NEPŘIZNÁN      B) PŘIZNÁN VE VÝŠI: .....KČ      C) BYL ZAŽÁDÁN (kdy).....

**5. Co od služby očekáváte? Jakým způsobem Vám může služba v životě pomoci?**

---

---

---

**6. Kontaktní osoby**

1. kontaktní osoba

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Vztah k uživateli: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

2. kontaktní osoba

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Vztah k uživateli: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Prohlášení žadatele**

Svým podpisem dávám souhlas k zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů – podkladů pro zpracování smlouvy a evidenci rozsahu poskytnuté sociální služby, a to až do doby její archivace a skartace. To vše v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů dle nařízení EU 2016/679 / GDPR/, ve znění pozdějších předpisů a Spisovým a skartačním řádem poskytovatele.

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou skutečné a pravdivé a nezatajil jsem žádné rozhodné informace, které by mohly mít vliv na posuzování této žádosti. Beru na vědomí, že nedílnou součástí této Žádosti je příloha Vyjádření lékaře. Současně беру на vědomí, že mohu být vyzván k do plnění žádosti, např. o vyjádření odborných lékařů – specialistů. V případě omezení či zbavení svéprávnosti je nedílnou součástí žádosti také kopie rozhodnutí soudu.

Opatrovník, pokud se žadatel o sociální služby nemůže sám rozhodnout nebo podepsat:

---

V Plzni dne \_\_\_\_\_

Podpis