**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**DPC SOS Kotva Havířov**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Trvalé bydliště:** |  |
| **Telefon + e-mail:** |  |
| **Kde v současné době žijete:** | a) dětský domov v …………….…………………….  b) pěstounská péče  c) jiné ……………………………………………….. |
| **Odkud jste se o nás dozvěděl/a:** |  |
| **Od kterého data máte zájem službu využívat:** |  |
| **Na čem byste během Vašeho pobytu rád/a pracoval/a. Co byste se rád/a naučil/a:**  **Jak byste si přál/a být oslovován/a:** |  |
| **Doplňující údaje/důležité kontakty:** |  |
| **Jak si přejete být informován/a o vyřízení vaší žádosti:** |  |

Zájemce svým podpisem souhlasí se shromažďováním a zpracováním osobních údajů, poskytovatel jedná v souladu s Nařízením EP a Rady ( EU) č. 679/2016 ze dne 27.4.2016., o ochraně osobních údajů.

V ……………………. dne ………......……..

…………………………………..

podpis zájemce

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE**

V souladu s **§ 91, odst. 4, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**, v platném znění, je osoba povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby předložit posudek registrujícího lékaře o zdravotním stavu.

Dle **§ 36 Vyhlášky č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**: *„Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:*

*a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytování ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,*

*b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo*

*c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.“*

Konkrétně služba DPC SOS Kotva Havířov není určena:

* vážně nemocným či hendikepovaným osobám, které potřebují dopomoc druhých nebo bezbariérový přístup, osobám s mentálním postižením, s nekompenzovaným duševním onemocněním,
* osobám s neléčenou závislostí na návykových látkách,
* osobám s omezenou svéprávností,
* osobám s dětmi.

**Jméno a příjmení zájemce:**

**Datum narození zájemce:**

Zájemce **MŮŽE / NEMŮŽE** \*

být přijat do pobytové služby Dům na půl cesty.

**Poznámka** (volitelné)**:**

V…………………..….……….. dne…………………..

…....…....................................................

*podpis a razítko lékaře*

*\* nehodící se škrtněte*