

ŽÁDOST O PŘIJETÍ

DO DOMOVA BŘEZINY, p.o.

| | | |
|--|---|-----------------------|
| Žadatel | | |
| <i>příjmení</i> | <i>jméno</i> | <i>titul</i> |
| Datum narození: | Trvalé bydliště: | |
| | Tel. kontakt (příp. email): | |
| Místo současného pobytu, je-li odlišné od trvalého bydliště, vč. tel. kontaktu: | | |

Prohlášení žadatele (zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím, aby poskytovatel zpracovával osobní a citlivé údaje žadatele pro účely spojené s vedením této žádosti v evidenci o poskytnutí sociální služby a to až do doby archivace a skartace.

V..... dne.....

_____ **vlastnoruční podpis žadatele (zástupce)**

KONTAKTNÍ OSOBA, KTERÁ JE ŽADATELI NÁPOMOCNA PŘI JEDNÁNÍ S DOMOVEM BŘEZINY, p.o.:

| <i>Jméno a příjmení</i> | <i>Tel. kontakt (příp. email)</i> |
|-------------------------|-----------------------------------|
| | |

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních údajů pro účely spojené s vedením této žádosti v evidenci o poskytnutí sociální služby a to až do doby archivace a skartace.

V..... dne.....

_____ **podpis kontaktní osoby**

***DOMOV BŘEZINY, P. O., JE POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, KTERÉ POSKYTUJE SLUŽBU:***

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Je určen pro uživatele ve věku od 55 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění demence stařecké, Alzheimerovy, vaskulární, smíšené nebo jiného typu.

Zde poskytujeme službu uživatelům se středním a těžkým stupněm demence.

Tato služba není určena uživatelům, kteří trpí chronickou závislostí na návykových látkách, osobám s mentálním nebo smyslovým postižením.