**Žádost zájemce o poskytování odlehčovací služby respit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KONTAKTY na zájemce o službu (pečující osoba)** | | | |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce** | |  | |
| **Trvalé bydliště** (popř. kontaktní adresa) | |  | |
| **Telefonní kontakty / vztah** | |  | |
| **E-mail** | |  | |
| **Pečující osoba / vztah**  V případě, žepečující osoba není zákonným zástupcem zájemce, je zapotřebí dodat pověření. | |  | |
| **KONTAKTY na zájemce o službu (osoba se zdravotním postižením)** | | | |
| **Jméno zájemce o službu** |  | | |
| **Datum narození** |  | | **Věk:** |
| **Trvalé bydliště**  (popř. kontaktní adresa) |  | | |
| **Kontakt** (tel., e-mail) |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBLAST POTŘEB** | |
| **V čem Vám může odlehčovací služba RESPIT pomoci?** |  |
| **Typ postižení:** |  |
| **Stupeň závislosti:** | I. II. III. IV. |
| **Používání průkazu:** | ZP ZTP ZTP/P |
| **Požadovaná forma odlehčovací služby:** | TERÉNNÍ (v domácnosti) AMBULANTNÍ (Syllabova 3039/19e) |
| **Místo asistence**  (adresa – je-li jiná než bydliště už.) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VÝSTUP (vyplní sociální pracovník odlehčovací služby)** | |
| Další kontakt (datum, podrobnosti kontaktu) |  |
| V případě odmítnutí zájemce o službu - důvody  a datum předání důvodu  o odmítnutí zájemci |  |
| Datum přijetí žádosti |  |
| Žádost přijal  (jméno pracovníka) |  |
| Kontakt: telefon, e-mail |  |

Poskytovatel služby informuje zájemce, že zpracovává jeho osobní údaje v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. a s Obecným nařízením EU 2016/679 o ochraně osobních údajů (GDPR) ve znění pozdějších předpisů.

**Podpis zájemce o službu:**

..........................................................