**Žádost zájemce o poskytování AKTIVITY REHABILITAČNÍ ASISTENCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KONTAKTY na zájemce o aktivitu (osoba se zdravotním postižením)** | | | |
| **Jméno zájemce o aktivitu** |  | | |
| **Datum narození** |  | | **Věk** |
| **Trvalé bydliště**  (popř. kontaktní adresa) |  | | |
| **Kontakt** (tel., e-mail) |  | | |
| **KONTAKTY pečující osoby** | | | |
| **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. | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Typ postižení:** | tělesné kombinované |
| **Požadovaná forma aktivity:** | TERÉNNÍ AMBULANTNÍ  v domácnosti Středisko VÝZVA, Syllabova 19 |
| **Místo asistence**  (adresa – je-li jiná než bydliště už.): |  |

Zájemce o aktivitu svým podpisem dává souhlas se zpracováváním a archivací uvedených osobních a citlivých údajů, a to výhradně pro účely organizace Centrum pro rodinu a sociální péči z. s. GDPR 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **VÝSTUP (vyplní pracovník aktivity)** | |
| Datum přijetí žádosti: |  |
| Další kontakt (datum, podrobnosti kontaktu): |  |
| Konzultace s odborným garantem: |  |
| V případě odmítnutí zájemce o aktivitu - důvody  a datum předání důvodu  o odmítnutí zájemci: |  |
| Žádost přijal  (jméno pracovníka) |  |
| Kontakt: telefon, e-mail |  |

**Pracovník aktivity: Zájemce o aktivitu:**

**Podpis a tel.: Podpis:**