

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ OSOBNÍ ASISTENCE

ŽADATEL/ZÁJEMCE
Jméno, příjmení, titul
Datum narození
Bydliště
Telefonický kontakt
E-mail
Místo poskytování osobní asistence (pokud je odlišné od místa trvalého bydliště)

POŽADOVANÝ ROZSAH SLUŽBY: (dny a časy)

POŽADOVANÉ ČINNOSTI V RÁMCI POSKYTOVÁNÍ OSOBNÍ ASISTENCE:
--

PŘEDSTAVA O DATU ZAHÁJENÍ POSKYTOVÁNÍ OSOBNÍ ASISTENCE:

OPATROVNÍK (u žadatele/zájemce omezeného ve svéprávnosti)	ANO - NE
ZASTOUPENÍ ČLEMEM DOMÁCNOSTI	ANO - NE
PLNÁ MOC	ANO - NE

Jméno, příjmení, titul

Telefonický kontakt

E-mail

Rozhodnutí soudu ze dne:

KONTAKTNÍ OSOBA pro poskytnutí informací o plánované návštěvě v rámci jednání se žadatelem/zájemcem o službu, pokud to žadatel/zájemce nemůže dojednat sám.

Jméno, příjmení, titul

Vztah k žadateli/zájemci

Telefonický kontakt

E-mail

ZDŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI

Prohlášení žadatele/zájemce:

Žadatel/zájemce prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.

Bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na posouzení žádosti nebo uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby neprodleně oznámí sociální pracovníci ABAPO osobní asistence.

Svým podpisem stvrzuje, že ve smyslu evropského nařízení č. 2016/679 o ochraně osobních údajů, souhlasím se zjišťováním, shromažďováním, zpracováním a uchováváním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro posouzení žádosti o poskytování osobní asistence. Tento souhlas je udělen až do doby provedení archivace a skartace dokumentace.



ABAPO osobní asistence

Divadelní 3242, 760 01 Zlín

IČ: 02672910

Datum:

Podpis žadatele/zájemce:

Podpis zástupce žadatele/zájemce: