

## ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY SPIRÁLA

ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU			
Jméno a příjmení			
Adresa trvalého bydliště			
Kontaktní adresa			
Datum narození			
Telefon		E-mail	
Máte upravenou svéprávnost nebo Vás někdo zastupuje (zmocněnec) *	Ano		Ne
ZASTUPUJÍCÍ OSOBY			
Jména a příjmení zastupujících osob			
Adresa trvalého bydliště			
Kontaktní adresa			
Vztah k zájemci			
Telefon		E-mail	

### Kde bydlíte?

- sám/a  
 s rodiči  
 v sociální službě  
 jinde (napište kde) .....

### Co děláte?

- chodím do školy  
 jsem doma  
 jiná možnost (napište) .....

### Máte práci?

- ano  
 ne  
 v minulosti jsem práci měl/a

**Popište svůj zdravotní stav** (jak se projevuje Vaše postižení v běžném životě – v čem Vám brání, co děláte sám/a apod.)

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

**Využíváte či jste v minulosti využíval/a některou ze sociálních služeb** (pokud ano, uveďte jakou, jak dlouho)?

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

**Proč potřebujete využívat Spirálu – v čem Vám můžeme pomoci, abyste žil/a co nejvíce samostatný život?**

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

**Jakou máte představu o Spirále** (např. časový rozsah poskytování sociálních služeb, co očekáváte, že se ve Spirále můžete naučit apod.)?

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

**Odkud jste se o Spirále dozvěděl/a?**

.....

**Vyplnil/a jste žádost sám?**

- ano  
 ne

**\* K žádosti doložte:**

- **kopie platných dokumentů příslušného soudu ustanovující rozsah úpravy svéprávnosti, osobu opatrovníka a rozsah výkonu opatrovnictví**
- **případně notářsky ověřenou kopii plné moci, pokud jste ustanovil/a zmocněnce**

Prohlašuji, že jsem do žádosti uvedl/a pravdivé údaje a svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování a shromažďování osobních a citlivých údajů podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a

skartace. Beru na vědomí, že souhlas mohu kdykoliv odvolat a že mám právo kdykoliv nahlédnout do dokumentace, kterou o mé osobě poskytovatel sociální služby vede.

Přijetí žádosti Vám bude písemně nebo telefonicky oznámeno na uvedené kontakty nejpozději do 5 pracovních dní od data jejího přijetí.

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

.....

Podpis zájemce /zastupujících osob

**Vyplňuje organizace**

Datum přijetí žádosti		Pořadové číslo žádosti	
Forma doručení žádosti			
Jméno a podpis pracovníka, který žádost převzal			
Datum a způsob vyřízení žádosti			
Jméno a podpis pracovníka, který žádost vyřídil			

.....

Podpis a razítko poskytovatele