

**Žádost o umístění do Domova odpočinku ve stáří Justynka,
Komenského náměstí 212, Hronov, 549 31, telefon 602 665 634**

Žadatel: Jméno, příjmení (i rodné)
Osoba blízká (zvolená žadatelem pro případ nemožnosti se s žadatelem spojit nebo mu porozumět): Jméno, příjmení: Vztah k žadateli Telefonické spojení
Datum narození žadatele:
Místo narození žadatele:
Adresa trvalého bydliště žadatele:
Telefon na žadatele:
Důvod nástupu:
Informace o příspěvku na péči:
Státní příslušnost:

**V případě omezení způsobilosti k právním úkonům
– kontakt na zákonného zástupce:**

Jméno, příjmení

Adresa:

Telefonické spojení

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Žadatel podpisem stvrzuje, že veškeré údaje v žádosti jsou uvedeny pravdivě a mohou být využity pro účely vedení evidence žádosti v DO Justynka.

Žadatel svým podpisem souhlasí s tím, že informace obsažené v žádosti mohou být poskytnuty sociálnímu pracovníkovi obce.

Žadatel podpisem dává souhlas se zpracováním osobních údajů uvedených v *Žádosti a Vyjádření lékaře* pro přijímací řízení ve smyslu Nařízení EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů – GDPR a zákona č. 110/2019 o zpracování os. údajů.

Vlastnoruční podpis žadatele

Níže uvedené vyplňuje pracovník DO JUSTYNKA

Datum podání žádosti:

Datum převzetí kompletní žádosti:

Datum případného odmítnutí žádosti:

Přílohy k žádosti:

1. **Vyjádření lékaře**, popř. aktuální lékařská zpráva
2. Rozhodnutí soudu o určení zákonného zástupce pro zastupování (má-li žadatel opatrovníka/zástupce)
3. Potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu (není-li zájemce schopen podpisu)