|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EVIDENCE ŽÁDOSTI****(NEVYPLŇUJTE)** | **Žádost přijal:** |  |
| **Přijata dne:** |  |
| **Evidenční číslo:** |  |

**ŽADATEL O SLUŽBU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Trvalý pobyt:** |  |
| **Současný pobyt:** |  |
| **Kontaktní telefon:** |  |
| **Kontaktní e-mail:** |  |

**DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI**

|  |
| --- |
| **Přibližte nám prosím, proč žádáte o pobyt sociální rehabilitace, v čem by Vám měl pobyt pomoci?** *Co by Vám pomohlo k dosažení nebo udržení samostatnosti a soběstačnosti v životě? Které činnosti byste chtěl/a například vyzkoušet nebo rozvíjet během pobytu?* |
|  |

**POPIS SOCIÁLNÍ SITUACE**

|  |
| --- |
| **Přibližte nám prosím svoji situaci.** *Jste v**současnosti doma nebo v rehabilitačním ústavu? Máte zajištěnou potřebnou péči, pomáhá Vám někdo z rodiny nebo z blízkého okolí?* |
|  |

**SOUČÁSTI ŽÁDOSTI A JEJÍ PODÁNÍ**

|  |
| --- |
| **Žádost se skládá z několika částí:*** FORMULÁŘ ŽÁDOSTI O VYUŽITÍ SLUŽBY (vyplněný přímo žadatelem o pobyt ve službě)
* FORMULÁŘ VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU (od praktického či ošetřujícího lékaře)
* LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA (od praktického lékaře, případně z pobytu v rehabilitačním ústavu)
* FOTOGRAFIE NEHOJÍCÍ SE RÁNY (jen pokud máte v současnosti nehojící se ránu – dekubit)
 |
| **Zájemce o službu upozorňujeme, že evidujeme přijetí pouze kompletní žádosti.****Při zasílání dokumentů v elektronické podobě žádáme o jejich tiskovou kvalitu a čitelnost.****Vyplněnou kompletní žádost lze zaslat e-mailem či poštou na níže uvedený kontakt.** |
| zadost@paraple.cz**Centrum Paraple, o. p. s.**Úsek sociální práceOvčárská 471/1b108 00 Praha 10*V případě dotazů kontaktujte prosím pracovníky úseku sociální práce na tel. č.* *274 001 318.* |

|  |
| --- |
| **UDĚLENÍ SOUHLASU KE ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU**Zasláním lékařské zprávy dáváte souhlas, že Vaše citlivé osobní údaje v rozsahu vypovídajícím o Vašem zdravotním stavu, budou zpracovávány Centrem Paraple, o.p.s., jakožto poskytovatelem sociálních služeb (správcem osobních údajů), a to za účelem nezbytného posouzení, zda vzhledem k Vašemu zdravotnímu postižení patříte do cílové skupiny osob s poškozením míchy. Údaje o Vašem zdravotním stavu budou součástí Vaší zdravotní dokumentace a budou dále sloužit jako podklad pro plánování průběhu služby sociální rehabilitace. Tyto údaje budou zpracovány od doby podání žádosti o službu a nadále nejdéle deset let po skončení poskytování této služby a budou zpřístupněny pouze zaměstnancům poskytovatele, kteří jsou zdravotnickými pracovníky. |