**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](mailto:zadost@paraple.cz)  **Centrum Paraple, o. p. s.**  Sociální práce  Ovčárská 471/1b  108 00 Praha 10  *V případě dotazů kontaktujte prosím sociální pracovníky 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. |