



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PÉČE

Evidenční číslo žádosti	(vyplní Spirála pomoci, o.p.s.)
Jméno a příjmení klienta, titul	
Adresa trvalého bydliště	
Korespondenční adresa	
Místo poskytování služby	
Telefon, e-mail klienta	
Datum narození (den, měsíc, rok)	
Místo a okres narození	
Státní občanství	
Zdravotní pojišťovna	
Jméno, adresa a telefon praktického lékaře	
Užívané léky (*nehodící se škrtněte)	TLAK* SRDCE* ŘEDĚNÍ KRVE* CUKROVKA* JINÁ DIETA* (jaká?)
Omezení svéprávnosti	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO – rozsah/oblast omezení svéprávnosti: Jméno zákonného zástupce:
Kontaktní osoba (jméno a příjmení, vztah k žadateli, kontaktní adresa)	
Telefon, e-mail	
Další kontaktní osoby	
Jméno, telefon, e-mail	

Spirála pomoci, o.p.s.
Antonína Kaliny 1351
280 02 Kolín



Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Vyřizuje se (kdy bylo zažádáno): <input type="checkbox"/> Žádá o zvýšení <input type="checkbox"/> NE
Odůvodnění žádosti	
Popis situace klienta (zdravotní stav, sociální situace...)	
Požadovaný rozsah péče (konkrétní dny a přibližný čas)	
Péče požadována ode dne:	

O JAKOU SLUŽBU ŽÁDÁTE?

- Osobní Asistence Terénní Odlehčovací Služba

Poznámky/důležité informace:

.....

.....

Spirála pomoci, o.p.s.
Antonína Kaliny 1351
280 02 Kolín



Dokumenty, které je třeba doložit k této Žádosti:

- V případě ustanovení opatrovníka kopii o Ustanovení opatrovníka (usnesení, rozsudek)

Prohlášení žadatele:

Tímto prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, souhlasím se zpracováním a uchováním poskytnutých údajů pro účely zařazení této mé žádosti do evidence žadatelů o poskytování služby společnosti Spirála pomoci, o.p.s., Kolín.

Zároveň uděluji souhlas ke zpracovávání (shromažďování, ukládání, používání, uchovávání, třídění a předávání) osobních údajů souvisejících s poskytováním služby a to ode dne podání Žádosti, po dobu poskytování služby až do doby archivace a skartace.

Dále prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené v této žádosti, jsou pravdivé a žádnou podstatnou skutečnost, která by měla vliv na poskytování služby, jsem nezamlčel/a. Pokud dojde ke změně údajů uvedených v Žádosti o poskytnutí sociální služby, změnu neprodleně nahlásím. Jsem si vědom/a, že nepravdivé údaje mohou mít za následek vyřazení z evidence žadatelů o poskytování služeb, případně i ukončení smlouvy mezi mnou a poskytovatelem.

.....
Datum

.....
Podpis žadatele

.....
Podpis zákonného zástupce
(je-li ustanoven)

- Způsob podání žádosti:
- telefonicky
 - písemně
 - osobně

Spirála pomoci, o.p.s.
Antonína Kaliny 1351
280 02 Kolín



Datum přijetí žádosti: Žádost přijal:.....

Užívané léky (*nehodící se škrtněte)	TLAK*	SRDCE*	ŘEDĚNÍ KRVE*	CUKROVKA*	JINÁ DIETA*
---	--------------	---------------	---------------------	------------------	--------------------

Užívané léky (*nehodící se škrtněte)	TLAK*	SRDCE*	ŘEDĚNÍ KRVE*	CUKROVKA*	JINÁ DIETA*
---	--------------	---------------	---------------------	------------------	--------------------

Spirála pomoci, o.p.s.
Antonína Kaliny 1351
280 02 Kolín