



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



## ŽÁDOST

### O PŘIJETÍ DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÝCH DÍLEN

<i>Nevyplňujte, vyplní pracovník služby!</i>	
Žádost přijata dne:	Pořadové číslo žádosti:
Razítko služby a podpis vedoucího:	

<i>Vyplní zájemce o službu nebo jeho zástupce!</i>	
<b>ZÁJEMCE</b>	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Telefon: E – mail:
Trvalé bydliště:	Současné místo pobytu: <i>(pokud je jiné než trvalé bydliště)</i>
Je zájemce omezen ve svéprávnosti? <i>(zakroužkujte správnou variantu)</i>	
ANO                      NE	



*Vyplní zákonný zástupce, v případě omezení svéprávnosti nebo nedosažení zletilosti zájemce!*

### **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE**

**Jméno a příjmení:**

**Telefon:**

**E – mail:**

**Trvalé bydliště:**

**Současné místo pobytu:**  
*(pokud je jiné než trvalé bydliště)*

*Vyplní osoba, která je nápomocná zájemci při vyřizování žádosti!*

**Jméno a příjmení:**

**Telefon:**

**E – mail:**

**Trvalé bydliště:**

**Vztah k zájemci:**  
*(člen rodiny, rodič, sourozenec, atd.)*

### **SOCIÁLNÍ SITUACE**

**Stručný popis Vaší současné nepříznivé situace (včetně důvodu podání žádosti, proč chcete poskytovanou službu využívat):**

**Konkrétní dovednosti nebo cíl, kterého chcete ve službě STD dosáhnout:**



**JINÉ INFORMACE (např. o zdravotním stavu) NA KTERÉ JE NUTNÉ  
BRÁT ZŘETEL BĚHEM VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY**

**Požadované přílohy k žádosti:**

1. Kopie rozsudku omezení zájemce ve svéprávnosti (pokud je zájemce ve svéprávnosti omezen) nebo kopie smlouvy o zastoupení.
2. Potvrzení kvalifikovaného odborníka, že zájemce je osobou s mentálním postižením lehkého a středního stupně nebo v jeho kombinaci s tělesným postižením.

**Prohlášení**

Níže podepsaný prohlašuje, že veškeré údaje v této žádosti uvedl pravdivé. Je si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby nebo její výpověď. V případě změny kontaktních a jiných údajů uvedených v žádosti, nese zodpovědnost za jejich aktualizaci.

**Souhlas o poskytnutí informací**

Níže podepsaný dává souhlas ke zpracování osobních údajů uvedených v žádosti, ve věci posouzení žádosti o přijetí do sociální služby Sociálně terapeutických dílen Betany Boskovice a případně zařazení do evidence zájemců o službu. S osobními údaji bude nakládáno dle Zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a Směrnici č. 21/ 2001 Ochrana osobních údajů v DCH Brno.

**Souhlas se zařazením žádosti do Evidence zájemců o službu**

Doba platnosti žádosti není časově omezena. Poskytovatel se zavazuje pozvat zájemce k osobnímu jednání ve chvíli, kdy se požadované místo ve službě uvolní. Žádost bude v evidenci do té doby, dokud žádost sám písemně nebo osobně zájemce nezruší. Pokud zájemce nesouhlasí se zařazením žádosti do Evidence zájemců o službu, je žádost skartována.

**V případě naplněné kapacity služby souhlasím se zařazením žádosti do Evidence zájemců o službu.**

**ANO - NE \***

**\*nehodící škrtněte**

V ..... dne: .....

.....  
podpis zájemce

.....  
podpis zákonného zástupce