 

**Žádost o poskytnutí sociální služby sociálně terapeutická dílna**

**Jano Köhlera 180/2, 798 11 Prostějov – Vrahovice**

Datum přijetí žádosti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zájemce o službu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Datum narození: | | Státní příslušnost: | |
| Rodné číslo: | | Zdravotní pojišťovna: | |
| Adresa bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |
| Dosažené vzdělání: | | | |
| Průkaz osoby se zdravotním postižením (zakroužkujte): TP ZTP ZTP/P | | | |
| Přiznaný stupeň invalidity (zakroužkujte): I. stupeň II. stupeň III. stupeň | | | |
| Omezení způsobilosti k právním úkonům (zakroužkujte): ANO NE | | | |

**Jaké jsou vaše záliby, co rád/ráda děláte?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jaké jsou Vaše speciální potřeby,** (léky, dieta, alergie apod.), **které bychom měli znát?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Co od služby sociálně terapeutická dílna očekáváte? Co se chcete naučit? Jaký je váš cíl?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Další doplňující informace :** | **ANO** | **NE** | **KDE - JAKÉ** |
| Byl/a jste někdy zaměstnaný? |  |  |  |
| Pracoval/a jste někdy na brigádě či praxi? |  |  |  |
| **O jaké činnosti v STD / cukrárně máte zájem?** | **ANO** | **NE** | **POZNÁMKA** |
| * pomoc při výrobě zákusků |  |  |  |
| * výroba palačinek a vaflí |  |  |  |
| * příprava nápojů, kávy, čaje |  |  |  |
| * obsluha návštěvníků cukrárny |  |  |  |
| * prodej zmrzliny |  |  |  |
| * pomoc při úklidu |  |  |  |
| * jiné činnosti – jaké |  | | |

**Zákonný zástupce/opatrovník:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Vztah k žadateli: | | Státní příslušnost: | |
| Adresa bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |

**Kontaktní osoba pro případ nutnosti kontaktu s žadatelem, který je nedostupný:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Vztah k žadateli: | | Státní příslušnost: | |
| Adresa bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |

**Souhlas a čestné prohlášení žadatele (zákonného zástupce nebo opatrovníka):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě a zavazuji se ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v této žádosti, vč. příloh 1, 2 a 3 v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů pro potřeby organizace LIPKA,z.s. Prostějov, poskytovatele sociálních služeb. Svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů po dobu jednání o přijetí žadatele do sociální služby, užívání služby a dobu nutnou k archivaci žádosti, souvisejících příloh a dokumentace o poskytování sociální služby.

Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat nebo upravit jeho rozsah a to písemným prohlášením provedeným přímo do spisu žadatele, nebo zasláním tohoto prohlášení na adresu zařízení uvedené v žádosti. Beru na vědomí, že žádost může být z evidence vyřazena, neboť evidenci není možné vést anonymním způsobem a dále na ni bude pohlíženo, jako by nebyla podána.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis žadatele Podpis zákonného zástupce/opatrovníka

**K žádosti prosím přiložte:**

1. Vyjádření o zdravotním stavu žadatele.
2. Kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení žadatele ve způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka.

**Vyplněnou žádost včetně příloh zašlete (osobně přineste) na z uvedených adres:**

LIPKA, z.s. LIPKA, z.s.

Sociálně terapeutická dílna

J. Köhlera 180/2 Tetín 1506/1

798 11 Prostějov – Vrahovice 796 01 Prostějov

telefon: 582 333 764 telefon: 582 360 295

email: [std.cukrárna@oslipka.cz](mailto:std.cukrárna@oslipka.cz) email: [oslipka@oslipka.cz](mailto:oslipka@oslipka.cz)

**Vyjádření registrujícího lékaře**

o zdravotním stavu žadatele k poskytnutí sociální služby **sociálně terapeutická dílna,** se sídlem Jano Köhlera 180/2, 798 11 Prostějov – Vrahovice,v souladu se stanovenou cílovou skupinou uživatelů, posláním a cílům této sociální služby viz. příloha).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele: | | |
| Datum narození: | Zdravotní pojišťovna: | |
| Adresa bydliště: | | PSČ: |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře: | |
| Zdravotní zařízení: | |
| Telefon: | E-mail: |

|  |
| --- |
| **Objektivní nález:** (zdravotní postižení, chronické zdravotní problémy, …) související s činností žadatele v sociálně terapeutické dílně v podobě nevýdělečné cukrárny pro veřejnost: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potvrzení požadovaných údajů uvedených v § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb. v platném znění** | **ANO** | **NE** |
| Žadatel vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení: |  |  |
| Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním: |  |  |
| Žadatel netrpí duševní poruchou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití |  |  |
| Potřeba trvalé nebo zvláštní lékařské pomoci - jaké: |  |  |
| Jiné údaje dle uvážení: | | |

|  |
| --- |
| **Doporučuji – nedoporučuji** (nehodící se škrtněte) **pobyt žadatele v sociálně terapeutické dílně.**  **Doporučuji** pobyt žadatele v sociálně terapeutické dílně **na zkoušku** a to při zajištění specifických podmínek, jakých: |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis lékaře a razítko ZZ