



Chráněné
bydlení
Sokolov

Žádost o poskytnutí sociální služby PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ

*(budete-li mít s vyplněním žádosti jakékoli potíže, obraťte se na sociálního pracovníka naší organizace,
telefon: 603 242 411, e-mail: socialni@chbsokolov.cz)*

1. Vaše osobní údaje:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Kontaktní adresa: _____

(pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Telefon, e-mail: _____

2. Kontakt na opatrovníka (v případě, že jste omezen ve svéprávnosti):

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

3. Z jakého důvodu máte zájem o naši sociální službu?



Slavičkova 1696
356 01 Sokolov
+420 734 803 503



reditelka@chbsokolov.cz
datová schránka: sts9dev



4. Uvedte prosím oblasti, s nimiž potřebujete od našich pracovníků pomoci (potřebujete-li pomoci v dané oblasti, zakroužkujte „ANO“; pokud danou oblast zvládáte bez pomoci druhé osoby, zakroužkujte „NE“):

| | |
|--------|---|
| ANO/NE | Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu - např. oblékání, úprava vzhledu |
| ANO/NE | Samostatný pohyb - např. vstávání a uléhání na lůžko |
| ANO/NE | Zajištění stravování - např. nákup surovin, pomoc s vařením, zajištění stravy |
| ANO/NE | Seberealizace - např. vzdělávání, zaměstnání, volný čas |
| ANO/NE | Uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí - např. hospodaření s penězi, uzavírání smluv, vyřízení dávek |
| ANO/NE | Péče o zdraví a bezpečí (rizika) - např. ošetření, užívání léků, návštěva lékaře, dodržování léčby |
| ANO/NE | Péče o domácnost - např. úklid, údržba, péče o prádlo, vybavení bytu, příprava bytu na nastěhování, údržba domácích spotřebičů |
| ANO/NE | Zajištění kontaktu se společenským prostředím (např. s přáteli, rodinou, sousedy), využívání veřejných služeb (např. obchody, pošta, kadeřnictví, kino) |

5. Označte omezení, které se vás týká

- Mám lehké mentální postižení
- Mám středně těžké mentální postižení
- Mám úzkostnou poruchu
- Mám depresivní poruchu
- Mám obsedantně-kompulzivní poruchu
- Mám smyslové postižení (doplňte jaké) _____
- Mám poruchu autistického spektra (doplňte jaké) _____
- Jiné (doplňte jaké) _____

Čestné prohlášení a souhlas se zpracováním osobních údajů

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé a souhlasím s jejich zpracováním pro účely evidence zájemců o poskytnutí sociální služby v Chráněném bydlení Sokolov, z. s. dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Obecné nařízení o ochraně osobních údajů“).

datum vyplnění
žádosti

váš podpis

