

Domov pro matky s dětmi v tísni

Havlovice 5, 344 01 Domažlice

tel.: +420 379 776 388

e-mail: dmd.havlovice@dchp.charita.cz

www.dchp.cz

**Žádost o poskytnutí sociální služby**

**v Domově pro matky s dětmi v tísni – Domažlice**

Datum podání žádosti:

Číslo žádosti:

(vyplňuje pracovník DMD)

Jméno a příjmení žadatelky:

Rok narození:

Trvalé bydliště - město:

Současné bydliště: kontaktní telefon:

Požadovaný termín poskytnutí služby:

Nezletilé děti, které budou využívat službu společně se žadatelkou:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **jméno a příjmení** | **věk** | **škola** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Těhotenství žadatelky: ANO - NE Předpokládaný termín porodu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Důvody podání žádosti:**

**Prohlášení žadatelky (zákonného zástupce):**

**Prohlašuji**, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedla dobrovolně a pravdivě.

**Souhlasím,** žeosobní údaje v této žádosti mohou být poskytovatelem použity v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679.

O přijetí či nepřijetí do DMD mě informujte (zaškrtněte jednu možnost):

telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

doručovací adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UPOZORNĚNÍ:** Při uvolnění místa v DMD Vás budeme kontaktovat Vámi zvoleným způsobem. Z tohoto důvodu je nutné, abyste nám sdělila případnou změnu kontaktních údajů (telefonu, emailu, doručovací adresy). V případě, že se s Vámi nebudeme moci spojit, nemůžete být do zařízení přijata a Vaše žádost bude vyřazena z pořadníku.

**Prohlášení poskytovatele služby:** Poskytovatel prohlašuje, že při poskytování sociální služby postupuje v souladu s Nařízením 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 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Poskytovatel zpracovává osobní údaje v žádosti na základě Vašeho souhlasu. Doba, po kterou budou osobní údaje uloženy, je dobou nezbytnou, po vyřazení žadatele nebo po vašem odvolání bude žádost skartována.

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

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

podpis žadatelky

(zákonného zástupce)

Vyjádření DMD k žádosti:

Odůvodnění: