**Evidenční číslo:**

**Žádost o poskytnutí pobytové sociální služby v Domově pro ženy a matky s dětmi**

Provozovatel: Sociální služby města Olomouce, příspěvková organizace

Sídlo: Štursova 820/1, Hodolany, 779 00 Olomouc, IČO: 22061657

Pracoviště 1: Holečkova 7, 779 00 Olomouc, tel: 585 419 736

Pracoviště 2: Sokolská 50, 779 00 Olomouc, tel: 585 221 648

e-mail: domov@ssmol.cz

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  | **Datum narození** |  |
| **trvalý pobyt** |  |
| **Skutečné bydliště** |  |
| **Zaměstnání** |  | **Kontakt** |  |
| **Příjmy** |
| **zaměstnání/ podpora v nezaměstnanosti** |  | **přídavek na dítě/ děti** |  |
| **hmotná nouze** |  |
| **peněžitá pomoc v mateřství/ rodičovský příspěvek** |  | **další příjmy (důchod, výživné)** |  |
| **Děti, pro které žádáte ubytování** |
| **jméno a příjmení** |  | **datum narození** |  |
| **jméno a příjmení** |  | **datum narození** |  |
| **jméno a příjmení** |  | **datum narození** |  |
| **jméno a příjmení** |  | **datum narození** |  |
| **jméno a příjmení** |  | **datum narození** |  |
| **těhotenství** |  |

* **Popište Vaši současnou situaci, jak jste ji řešila?**
* **Jak Vaši situaci budete řešit? Máte ještě jiný problém?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prohlášení žadatelky:**

* Prohlašuji, že veškeré údaje zde uvedené se zakládají na pravdě. Uvědomuji si, že nepravdivé údaje by mohly mít za následek neposkytnutí služby, případně ukončení poskytované služby v Domově pro ženy a matky s dětmi.
* Souhlasím s evidencí a zpracováním svých osobních údajů a uchováváním po dobu archivace.
* Byla jsem informována, že poskytovatel se zavazuje, že všechny klientovy osobní a citlivé údaje bude shromažďovat, evidovat a zpracovávat pouze pro potřeby spojené se zajištěním sociální služby. Tyto údaje nebudou zpřístupněny či sdělovány nepovolaným fyzickým ani právnickým osobám a nebudou použity k jinému než výše uvedenému účelu.
* Beru na vědomí, že jsem povinna před uzavřením Smlouvy o poskytnutí sociální služby předložit Posudek praktického lékaře o bezinfekčnosti a vhodnosti zájemkyně k přijetí do pobytového zřízení.
* Byla jsem informována, že žádost se posuzuje dle sociální situace zájemkyně, místa trvalého bydliště, dětí zájemkyně a data podání žádosti.
* Beru na vědomí, že žádost je aktuální po dobu 6 měsíců od data podání žádosti.

**Řádně vyplněnou žádost je možné podat:**

* Osobně na adrese:
	+ Holečkova 7, Olomouc
	+ Sokolská 50, Olomouc
* Elektronicky na e-mail: domov@ssmol.cz

V ………………………………… dne ………………………. ………………………………………………….

 Podpis