

JMÉNO PŘÍJMENÍ _____

DATUM NAROZENÍ

TRVALE BYTEM

TEFONNÍ KONTAKT

VĚK DÍTĚTE/DĚTÍ _____

POPIS NEPŘÍZNIVÉ SITUACE (Důvod podání žádosti o poskytnutí sociální služby)This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

POTŘEBY ZÁJEMKYNĚ (dítěte/děti)

- ☐ Poskytnutí dočasného ubytování nepřevyšující 1 rok. Zázemí pro hygienu a praní. Možnost si uvařit jídlo.
 - ☐ Hledání následného bydlení.
 - ☐ Hledání vhodného zaměstnání.
 - ☐ Vyřízení dávek hmotné nouze nebo dávek státní sociální podpory.
 - ☐ Hledání lékaře pro sebe a děti.
 - ☐ Hospodaření s penězi a řešení dluhů.
 - ☐ Posílení rodičovských kompetencí. (výchova a péče o dítě, nastavení hranic, komunikace, školní příprava s dětmi atd.)
 - ☐ Získání/posílení dovedností samostatného vyřizování osobních záležitostí. (jednání na úřadech, ve školách atd.)
 - ☐ Jiné: _____
-

OČEKÁVÁNÍ/OSOBNÍ CÍLE (čeho byste chtěla dosáhnout prostřednictvím naší služby? Kde se vidíte za 1 rok?)

ŽÁDOST JE PLATNÁ 2 MĚSÍCE OD DATA PODÁNÍ.

Aktualizace žádosti – telefonicky na tel. čísle: 775 356 074, emailem dmd@css-ostrava.cz, nebo osobně. Pokud zájemkyně žádost neaktualizuje, bude vyřazena z evidence zájemců o poskytnutí sociální služby.

Poskytnutím osobních údajů v tomto dokumentu souhlasíte s jejich zpracováním v nezbytné míře a po nezbytně nutnou dobu za účelem řešení dané situace a možnosti nahlédnutí kontrolními orgány dle Pravidel zpracování osobních údajů v organizaci a platné legislativy ČR.

DATUM JEDNÁNÍ _____

PODPIS ŽADATELKY O SOCIÁLNÍ SLUŽBU _____