

AZYLOVÉ UBYTOVÁNÍ SPOLEČNOU CESTOU

Donovalská 2331/53, 149 00 Praha 11
Tel./fax: 272 950 984 / 223 011 642
E-mail: azyl@spolcest.cz | www.spolcest.cz


SPOLEČNOU CESTOU z. s.

FORMULÁŘ ŽÁDOSTI

o poskytnutí sociální služby Azylového ubytování Společnou cestou

POKYNY: Vyplňujte čitelně tiskacím písmem

Číslo žádosti:

Vyplní soc. pracovník Azylového ubytování

ŽADATEL:			
Jméno a příjmení:			
Trvalé bydliště: Adresa uvedená v obč. průkazu		Datum narození:	
Současné bydliště:		Rodinný stav:	
		Kontaktní telefon	

SPOLUŽADATEL:	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Vztah k žadateli:	

DĚTI (JMÉNO, PŘÍJMENÍ A VĚK):
1.
2.
3.
4.
5.

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI (POPIS SITUACE):

POUČENÍ:
<p>Žadatel/spolužadatel svým podpisem souhlasí s tím, aby jeho osobní údaje a údaje o jeho nezletilých dětech obsažené ve Formuláři žádosti byly shromažďovány a archivovány 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).</p> <p>1. Žadatel je povinen zajistit doplnění žádosti o Vyjádření a to v termínu do 14 od podání Formuláře žádosti. 2. Žadatel souhlasí s pravidelnou aktualizací své žádosti. Pokud žádost neaktualizuje nejpozději do jednoho měsíce od podání Formuláře žádosti či poslední aktualizace, bude to považováno za projev ztráty zájmu o službu Azylového ubytování Společnou cestou a žádost bude vyřazena. 3. Žadatel bere na vědomí povinnost oznámit změny údajů uvedených v tomto Formuláři žádosti. 4. Žadatel bere na vědomí povinnost před podpisem smlouvy doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu všech členů rodiny, kterým bude služba poskytnuta, že jejich zdravotní stav umožňuje pobyt v azylovém domě. 5. Žadatel svým podpisem prohlašuje, že údaje uvedené v tomto Formuláři žádosti jsou pravdivé.</p> <p>V Praze dne Podpis žadatele/spolužadatele:</p> <p>Formulář žádosti přijal/a:</p>