



## REGISTRAČNÍ LIST ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBY OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ NEZÁVISLÝ ŽIVOT

Nezávislý život o. s.: Náměstí 17. Listopadu 520, Benátky nad Jizerou, 294 71, tel.: 326 313 014  
Mgr. Jana Pokorná, předsedkyně o. s., tel.: 775 114 625

Občanské sdružení Nezávislý život se zavazuje nakládat s osobními daty výhradně v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Místo narození:

Počet dětí, stav:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Tel.:

Pojištěn/a u:

Uživatel je nebo není plně, částečně způsobilý k právním úkonům  
(jméno, adresa, telefon, mail zastupující osoby, opatrovníka - zákonného zástupce):

Předchozí vzdělání:

Pracovní zkušenosti uživatele (adresa zaměstnavatele, pracovní obor, pracovní náplň, pracovní doba):

### Zájem o čerpání služby:

- SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ (bezplatné)
- OSOBNÍ ASISTENCE (dle ceníku)
- PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ (dle ceníku)

### Zájem o poskytování asistence při zaměstnání:

- Keramická dílna Stará Boleslav
- Rukodělná dílna Milovice
- Rukodělná dílna Praha 6
- Textilní dílna Stará Boleslav
- Jiné (jaké)

### Zájem o čerpání asistence v rozsahu:

Co požaduji a očekávám od poskytované služby:

---

---

---

Osobní cíle:

---

---

---

**K čerpání služby bude uživatel docházet:**

- samostatně
- s doprovodem zákonného zástupce
- s doprovodem osobní asistence zajištěné organizací: \_\_\_\_\_

**Pokud uživatel chce opustit službu v průběhu dne, před ukončením:**

- nechat jít samostatně na vlastní žádost
- informovat zákonného zástupce, poté nechat jít samostatně
- neopouštět samostatně službu – nutno specifikovat

**Povinné přílohy:**

- Kopie dokladu Ustanovení zákonného zástupce (v případě omezené způsobilosti k právním úkonům)
- Podepsaná smlouva o čerpání služby, smlouva bude připravena na základě vyplněného registračního listu  
Forma úhrady:  převodem  hotově  složenkou  jiná \_\_\_\_\_

**Nepovinné přílohy:**

- Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu
- Zdravotní stav uživatele (typ handicapu, průvodní znaky, záchvatové onemocnění)
- Způsob zasílání mzdy, případně číslo účtu pro zasílání mzdy:
- Přiznání stupně závislosti a příspěvku výše na péči
- Číslo průkazu ZTP/P:
- Číslo OP:

**V případě nedodání požadovaných písemností se může tato skutečnost projevit na kvalitě poskytované služby.**

**Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů a jejich zařazením do své osobní složky, která je archivována v kanceláři sdružení. Přístup ke své složce stvrdím následně podpisem na přední straně složky jen určeným osobám.**

V: \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis uživatele služeb

\_\_\_\_\_   
 podpis zákonného zástupce

\_\_\_\_\_   
 razítko, podpis poskytovatele