****

**Žádost o poskytnutí sociální služby Azylového domu pro matky s dětmi Svitavy**

Pobytová sociální služba: Azylový dům pro matky s dětmi, Nerudova 21/20, 568 02 Svitavy

Provozovatel: Oblastní spolek Českého červeného kříže, Nerudova 21/20, 568 02 Svitavy

Kontakty: tel: 739 633 694-5, email: [svitavy@cervenykriz.eu](mailto:svitavy@cervenykriz.eu)

Osobní údaje v této *Žádosti* jsou poskytnuté v souladu s [Nařízením EU 2016/679](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN)  výhradně za účelem případného budoucího sepsání *Smlouvy o poskytování sociální služby* **Azylového domu pro matky s dětmi Nerudova 21/20, 568 02 Svitavy**. Tyto osobní údaje jsou poskytnuty na dobu zpracovávání této *Žádosti* a na celou dobu poskytování sociální služby. Pokud nedojde k smluvnímu vztahu, bude *Žádost* skartována.

Jméno a příjmení žadatelky:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Telefon nebo email žadatelky:

Počet dětí:

*(pokud je některému z vašich dětí více jak patnáct let, je podmínkou, aby docházelo do vzdělávacího zařízení, jinak nemůže být do AD přijato)*

**Důvody vyhledání sociální služby:**

**Jak a kde jste řešila svoji situaci před podáním žádosti do azylového domu?**

**Co potřebujete:** *(podtrhněte, v jakých oblastech budete potřebovat podporu pracovnic AD)*

**ubytování včetně navazujícího bydlení, zařazení se a udržení se na trhu práce, identifikační doklady** (občanský průkaz, cestovní doklad, rodný list, povolení k pobytu)**, pomoc v hospodaření s finančními prostředky, řešení dluhů, využití sociálních dávek** (dávky HN, přídavky na děti, rodičovský příspěvek, apod.)**, hmotné zabezpečení** (peněžitá pomoc v mateřství, invalidní důchod, sirotčí důchod, vdovský důchod)**, pomoc v péči o děti** (poradenství a pomoc s výchovou)

**Jiné potřeby:**

**Žadatelka souhlasí, aby o její nepříznivé sociální situaci byl informován sociální odbor příslušného městského úřadu dle trvalého bydliště (podtrhněte): souhlasím x nesouhlasím**

Kontakt na příslušné odd. SPOD:

**Datum podání žádosti: Podpis žadatelky:**

**Po uplynutí 2 měsíců vás budeme kontaktovat, v případě vašeho stálého zájmu budeme vaši žádost**

**dále evidovat, pokud již nebudete mít zájem, bude *Žádost* vyřazena z evidence a skartována.**

*(vyplňuje pracovnice AD - poskytovatel):*

**Datum přijetí žádosti:**