

Jmenuji se Kateřina Maxová, společně s dvěma členkami výboru sdružení a s týmem osobních asistentů pomáháme lidem s handicapem DMO, mezi nimiž je také hodně těch, kteří mají omezený pohybový aparát. Cílem našich aktivit je ukázat jim cestu k osamostatnění a aktivnímu způsobu života, který jim umožní zařazení do společnosti. Vedeme každého jednotlivce k tomu, aby se o sebe dokázal postarat, či aby byl alespoň schopný zajistit si pomoc, kterou potřebuje.

### EVIDENČNÍ PŘIHLÁŠKA KLIENTA/ZDRAVOTNÍ STAV

|   |                                       |                   |                         |
|---|---------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| JMÉNO A PŘÍJMENÍ                                    |                                       |                   |                         |
| ADRESA BYDLIŠTĚ                                     |                                       |                   |                         |
| DATUM NAROZENÍ                                      |                                       | PSČ               |                         |
| RODNÉ ČÍSLO   |                                       | Č.OP              |                         |
| TELEFON/MOBIL                                       |                                       |                   |                         |
| DRŽITEL PRŮKAZKY                                    | ( TP, ZTP, ZTP/P, nemám) – zaškrtněte |                   |                         |
| E-MAIL NEBO SKYPE                                   |                                       |                   |                         |
| UŽÍVÁTE NĚJAKÉ LÉKY ANO – NE, JAKÉ A KOLIKRÁT DENNĚ |                                       |                   |                         |
| MÁTE ZÁJEM O REHABILITACI DLE DR. VOJTY ANO – NE    |                                       |                   |                         |
| POŽADUJETE ASISTENTA STEJNÉHO POHLAVÍ ANO - NE      |                                       |                   |                         |
| <b>HYGIENICKÉ NÁVYKY:</b>                           |                                       |                   |                         |
| bez pomoci  | s dohledem                            | s pomocí          | plně odkázán na pomoc   |
| <b>Pohyblivost</b>                                  | <b>Soběstačnost</b>                   | <b>Komunikace</b> | <b>Smyslové vnímání</b> |
| chodí   | nezávislý                             | možná             | poruchy zraku           |
| s doprovodem  | potřebuje pomoc                       | částečně možná    | poruchy sluchu          |
| vozik   | sám není schopen                      | neverbální        | poruchy řeči            |
| leží  |                                       | nemožná           |                         |
| Příjmení a jméno rodiče:                            |                                       |                   |                         |
| Telefon / e-mail:                                   |                                       |                   |                         |
| Adresa bydliště:                                    |                                       |                   |                         |

**Poznámky-napište prosím zda máte nějaké speciální požadavky na péči. Rádi bychom to věděli, aby služby pro Vás byly co nejlepší. Děkujeme.**

.....

.....

.....

Potvrzuji správnost výše uvedených osobních údajů a současně se přihlašuji.

V ..... datum: .....  
vlastnoruční podpis

Občanské sdružení se zavazuje k ochraně vašich osobních dat a údajů, které podléhají zákonu o zpracování, uchování osobních dat a mlčenlivosti.

Adresa sídla: **Táborská 965 293 01 Mladá Boleslav CZ** Adresa provozovny: **17. Listopadu 1386 293 01 Mladá Boleslav CZ**  
 E-mail: **katka.maxova@dmopobyty.cz** Internet: **www.dmopobyty.cz** Mobil: **+420 731 964 784**

Bankovní spojení: KB a.s. Mladá Boleslav číslo účtu 43-6635300207/0100 IBAN CZ6601000000436635300207