**Žádost o poskytnutí služeb Doléčovacího centra PREVENT**

Tylova 156/23, 370 01 České Budějovice

T: 386 350 380 Email: [**dc@prevent99.cz**](mailto:dc@prevent99.cz)

**Žádám o zařazení do programu Doléčovacího Centra PREVENT v Českých Budějovicích.**

**(§64. Služby následné péče).**

Jméno: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Datum a místo narození:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Doručovací adresa (kde nyní jste): ……………………………………………………………………………………………………………...

Telefon (na Vás, či na pracovníka, který Vám může předat vzkaz): ……………………………………………………………...

**Žádám o:** (udělejte křížek u vhodné odpovědi)

* **pobytový program - 6 měsíců** (může následovat 6 měsíců ambulantního programu)
* **pobytový program pro rodiče s dětmi - 12 měsíců** (může následovat 6 měsíců ambulantního programu)
* **ambulantní program - 12 měsíců**
* Jsem si vědom, že přijímací pohovor je (pouze) povinnou součástí přijímacího řízení, má informační charakter a nevzniká z jeho uskutečnění nárok na přijetí do programu.
* Souhlasím s možným psychiatrickým vyšetřením jako součástí přijímacího pohovoru (pro ověření způsobilosti k absolvování programu).
* Souhlasím se shromážděním nezbytných údajů (v rámci přijímacího pohovoru) o mé osobě ze strany DCP, i v případě nepřijetí do programu. Ty budou použity pouze ke statistickým účelům DCP a po 5 letech skartovány.
* V případě přijetí do programu DCP souhlasím s testováním na OPL z dechu a moči před podepsáním smlouvy.
* Jsem si vědom(a) skutečnosti, že pokud ukončím léčbu předčasně bez domluvy s DCP, může být moje žádost zrušena

Do programu je nutné nastoupit do 4 dnů od ukončení léčby.

Datum předpokládaného ukončení léčby: ………………………………………………………………………………………………...

Do programu bych rád(a) nastoupil(a): ……………………………………………………………………………………………………..

Datum: …………………………. Podpis: ……………………………………………

**Povinné přílohy** – k žádosti přiložte 4 stránkový životopis (osnova viz. www.prevent99.cz/dc/#kestazeni ) + vyjádření terapeutického týmu k Vaší léčbě. Bez těchto náležitostí přihlášku neakceptujeme.