|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMINAČNÍ FORMULÁŘ****Ocenění pečujících osob Zlínského kraje pro rok 2025 – kategorie Pečující osoba**

|  |
| --- |
| NAVRŽENÝ KANDIDÁT:  |
| Titul, jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Adresa bydliště, **včetně** **PSČ** |  |
| Telefonický kontakt, e-mail |  |
| NAVRHOVATEL: |  |
| Fyzická osoba – titul, jméno, příjmeníPrávnická osoba – název subjektu, IČ |   |
| Adresa, **včetně PSČ**telefonický kontakt, e-mail  |  |
| SOUHLAS NAVRŽENÉHO KANDIDÁTA: |  |
|  | Já, níže podepsaný(á) …………………………………………………………. souhlasím s nominací do ankety „Ocenění pečujících osob Zlínského kraje” datum…………………podpis\*\*…………..……………………… |

*\*\*Navrhovatel, navržený kandidát svým podpisem potvrzuje, že mu byla poskytnuta Zlínským krajem Informace o zpracování osobních údajů Subjektu údajů, která je zveřejněna na internetové stránce Zlínského kraje:* [Anketa "Ocenění pečujících osob ZK - kategorie pečující osoba" - Zlínský kraj (zlinskykraj.cz)](https://zlinskykraj.cz/anketa-oceneni-pecujicich-osob-zk-kategorie-pecujici-osoba)**POVINNÉ PŘÍLOHY:*** **Podrobné zdůvodnění** podávaného návrhu ze strany navrhovatele (v rozsahu maximálně dvou stran velikosti A4). **Zdůvodnění je stěžejní součástí nominace, musí být dostatečně vypovídající.** Žádáme o co nejvýstižnější popis životního příběhu pečující osoby, který by charakterizoval motivaci k rozhodnutí pro péči, průběh péče, časovou náročnost, užitečnost a prospěšnost této role, informace o tom, zda je navržený kandidát schopen využít pomoc zvenčí ve smyslu prevence syndromu vyhoření (např. krátkodobá pomoc blízké nebo jiné osoby, využití návazných sociálních služeb, terénních sociálních služeb, regenerace vlastních sil aj.); dále žádáme popis o průběhu spolupráce s dalšími osobami či subjekty
* **prohlášení osoby,** o kterou je pečováno (případně jejího zákonného zástupce, zástupce či opatrovníka) – Výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů (zvláštní kategorie osobních údajů);
* další, minimálně **jeden** podpůrný **referenční dokument** (např. vyjádření jiné fyzické osoby, která je v aktivním kontaktu s navrhovaným kandidátem, vyjádření lékaře, sociální služby, obce, příp. jiných fyzických či právnických osob);

Kompletně vyplněný nominační formulář včetně povinných příloh doručte nejpozději v termínu **do 08.09.2025** na adresu:**Krajský úřad Zlínského kraje** **Odbor sociálních věcí****Třída Tomáše Bati 21****761 90 Zlín**ID datové schránky: **scsbwku****e-mail:** podatelna@zlinskykraj.cz.**Obálku označte „Ocenění pečujících“**V……………………………. dne …………………. ………………………………………...........podpis***\*\**** navrhovatele |