

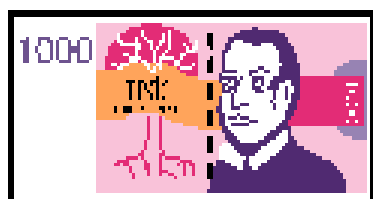


ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Osobní údaje zájemce o službu

| | | |
|--|--|--|
| | Jméno a příjmení | |
| | Datum narození | |
| | Trvalé bydliště | |
| | Kontaktní adresa <i>(pokud bydlíte jinde, než jste hlášení)</i> | |
| | Telefon nebo mobil | |
| | E-mail | |

Pobíráte důchod?



Pobíráte
příspěvek na péči?

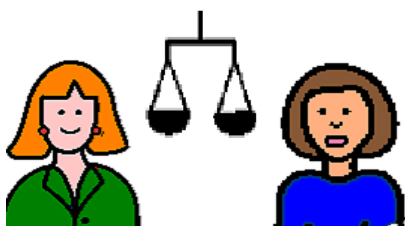
NE

ANO
uvedte jaký druh

NE

ANO
jaký stupeň

Máte od soudu
omezenou
svéprávnost?



NE

ANO

Pokud ano, máte ji omezenou i pro účel jednání
uzavření smlouvy o poskytování sociální služby?

NE

ANO

Pokud ano, prosím vyplňte:

Jméno, příjmení a adresu opatrovníka:

.....
.....

Telefon nebo mobil opatrovníka:

.....

Napište prosím,
v čem potřebujete
pomáhat a co už
bez pomoci
nezvládnete:

Prohlášení zájemce o službu (nebo opatrovníka)

**Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a
pravdivě a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by
mohly mít vliv na uzavření smlouvy a průběh poskytování
sociální služby.**



Zpracování poskytnutých osobních údajů slouží výhradně
pro posouzení žádosti a k případnému uzavření smlouvy
o poskytování sociálních služeb.

.....
Dne

.....
Podpis zájemce nebo opatrovníka

| Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o sociální službu: | |
|--|---|
| Jméno a příjmení: | |
| Datum narození: | |
| MÁ – NEMÁ | diagnostikováno mentální postižení (dle MKN-10: F70, F71, F72, F73, F78 nebo F79) |
| TRPÍ – NETRPÍ | akutní infekční nemocí |
| VYŽADUJE – NEVYŽADUJE | pro svůj zdravotní stav poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení |
| TRPÍ – NETRPÍ | duševní poruchou, jejíž projevy mohou závažným způsobem narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití |
| KONZUMUJE – NEKONZUMUJE | nadměrně alkohol nebo zákonem zakázané návykové látky |
| V případě diagnózy duševního onemocnění vypište konkrétní projevy a průběh tohoto onemocnění: | |
| | |
| Datum | Razítko a podpis lékaře |

Výše uvedené prohlášení nelze nahradit lékařskou zprávou ani jiným formulářem!