



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	

Máte od soudu omezenou svéprávnost?	<input type="checkbox"/> NE
	<input type="checkbox"/> ANO
	Pokud ano, máte ji omezenou i pro účel jednání uzavření smlouvy o poskytování sociální služby?
	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO

Pokud máte opatrovníka i pro jednání o uzavření smlouvy, 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!