

Barevné domky Hajnice
Hajnice 46
544 66
IČ: 00194972

Žádost o poskytnutí sociální služby

Domov pro osoby se zdravotním postižením*
Chráněné bydlení*
Socioterapeutická dílna*
Sociální rehabilitace*

Razítko a den podání žádosti

1. Příjmení Jméno

Rodné příjmení

2. Datum narození (den, měsíc, rok)

Místo narození Okres

3. Trvalé bydliště Místo : PSČ

Ulice : č.p.

4. Kontakt Telefon :

E-mail :

5. Důvod podání žádosti

6. Popis nepříznivé sociální situace (důvod umístění žadatele ve službě)

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce, opatrovníka)

8. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) podle skutečnosti.

Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Ve smyslu

Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti a vyjádření lékaře byly použity při řízení o zahájení poskytování sociální služby.

Beru na vědomí, že v případě zamítnutí žádosti, dojde k navrácení všech dokumentů.

Organizace bude evidovat jen jméno, příjmení, datum narození a kontaktní údaje.

Dne

.....
Podpis žadatele či jeho zákonného zástupce

* nehodící se škrtněte

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE	Nedílná součást žádosti	Příloha k žádostem do služeb:
O zdravotním stavu žadatele O umístění do zařízení poskytující sociální službu		Domov pro osoby se zdravotním postižením nebo Chráněné bydlení
<p>Žadatel datum narození.....</p> <p style="text-align: center;">Jméno a příjmení</p> <p>Bydliště</p> <p>.....</p>		
<p>Přítomnost mentálního postižení: ANO x NE*</p> <p>Přítomnost kombinovaného postižení: ANO x NE*</p> <p>Přítomnost poruch autistického spektra: ANO x NE*</p> <p>Přítomnost duševní poruchy narušující kolektivní soužití: ANO x NE*</p> <p>Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení: ANO x NE*</p> <p style="text-align: right;">Razítko a podpis lékaře</p>		

* Nehodící se škrtněte