

ŽÁDOST O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

Požadovaný druh sociální služby (zaškrtněte):	denní stacionář		Datum podání žádosti (nevyplňujte)
	týdenní stacionář		
	domov pro osoby se zdravotním postižením		

Jméno a příjmení:	
Ulice a číslo domu:	Město:
Datum narození:	Telefon:
E-mail:	
Napište prosím, v čem potřebujete pomáhat a co už bez pomoci nezvládnete:	

Žádost vyplňuji za sebe

Žádost vyplňuji za nezletilého, příbuzného, opatrovance, známého apod. a jsem (rodič, poručník, pěstoun, opatrovník apod.): _____

Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Telefonní číslo:	E-mail:

Prohlášení:

Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na průběh poskytování sociálních služeb. V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování mých osobních údajů pro posouzení mé žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace.

V dne.....

.....

podpis

Prohlášení ošetřujícího lékaře:

Žadatel (jméno a příjmení): _____

MÁ	NEMÁ	diagnostikováno mentální postižení
TRPÍ	NETRPÍ	akutní infekční nemocí
VYŽADUJE	NEVYŽADUJE	pro svůj zdravotní stav poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení
TRPÍ	NETRPÍ	duševní poruchou, jejíž projevy mohou narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití

(pravdivý výrok zakroužkujete)

V případě diagnózy duševního onemocnění vypište konkrétní projevy a průběh tohoto onemocnění:

V dne.....

.....
razítko a podpis lékaře