

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Žadatel:
jméno, příjmení, (rodné příjmení)

Datum narození:

Místo narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní osoba (jméno, příjmení, titul):

Tel. kontakt:

Bydliště:

Okres:

Vztah k žadateli:

Státní příslušnost:

Rodinný stav:

Příspěvek na péči: (zaškrtněte)

Stupeň závislosti: (zaškrtněte)

- ANO
- NE
- ZAŽÁDÁNO DNE.....

- I - lehká závislost
- II – středně těžká závislost
- III – těžká závislost
- IV – úplná závislost

Sociální situace žadatele: (zaškrtněte)

- žadatel žije sám, nemá nikoho, kdo by se o něj mohl postarat
- žadatel bydlí společně s rodinnými příslušníky
- žadatel má blízké osoby, které bydlí mimo bydliště žadatele
- žadatel je umístěn v jiném sociálním zařízení

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a), že nejpozději do 15 dnů jsem povinen(a) ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů pro potřeby Domova Březnice, poskytovatele sociálních služeb, ve smyslu Zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. S výše uvedenými údaji bude Domov Březnice nakládat v souladu s Nařízením EU o ochraně osobních údajů č. 2016/679/EU GDPR (General Data Protection Regulation).

V.....dne:

Podpis žadatele:.....

Zákonný zástupce (je-li žadatel omezen ve svéprávnosti):

Jméno:	Adresa:
Rozhodnutím soudu:	Ze dne:
Podpis zákonného zástupce:	

Adresa současného pobytu:

- adresa, kde je možno provést sociální šetření (uved'te název, sídlo, kontakt)
- Je-li tato adresa shodná s trvalým bydlištěm, kolonku nevyplňujte

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O POSKYTOVÁNÍ
SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ BŘEZNICE, POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Žadatel: Jméno a příjmení

Narozen (den, měsíc, rok)

Bydliště (obec, ulice, číslo, PSČ).....

Zdravotní pojišťovna.....

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Diagnóza (česky)

Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do sociálního zařízení.

V.....Dne:.....

Podpis:.....