

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Žádost přijata dne:	Jméno a příjmení zájemce o službu:
	Datum narození:
	Místo narození, stát:

Žádost je urgentní: ano ne

Trvalé bydliště zájemce o službu (včetně PSČ) :

Telefonní kontakt na zájemce o službu:

Adresa současného pobytu (kde se nyní nacházíte - např. nemocnice, u příbuzných) :

Státní příslušnost:

Proč máte zájem o poskytování služby (důvody potřeby, v čem potřebujete podporu, vypište slovy) :

Kdo zájemci v současnosti poskytuje potřebnou péči (rodina, známí, pečovatelská služba, denní stacionář apod.) :

Příspěvek na péči:

ano 1. stupeň 3. stupeň
 2. stupeň 4. stupeň

ne žádost podána dne
 žádost nepodána
 žádost podána, příspěvek nepřiznán

Ošetřující praktický lékař:*Jméno:**Adresa:**Telefon:***Kontakty na rodinu, přátele či jiné blízké osoby:***Jméno, příjemní:**Vztah k žadateli:**Adresa:**Telefon:*

<i>Jméno, příjemní:</i>	<i>Vztah k žadateli:</i>	<i>Adresa:</i>	<i>Telefon:</i>

Jméno, adresa, kontaktní telefon zákonného zástupce, je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům, má podpůrce nebo zástupce dle §89/2012 Sb.:*Jméno:**Adresa:**Telefon:**E-mail:***Kontaktní osoba pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí žadatele do zařízení (pokud si toto žadatel přeje) :***Jméno:**Adresa:**Telefon:**E-mail:*

V	dne:	Vlastnoruční podpis zájemce o službu:
V	dne:	Podpis soudem ustanoveného zákonného zástupce:
V	dne:	Podpis zákonného zástupce (úředně ověřená plná moc) :

K žádosti doložte následující doklady:

1. Vyjádření lékaře.
2. V případě, že je žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům, rozhodnutí příslušného soudu a také listinu o ustanovení opatrovníka.
3. V případě, že zájemce zmocnil k zastupování jinou osobu, přiložte kopii úředně ověřené plné moci.
4. V případě, že se zájemce není schopen sám podepsat, přiložte písemné vyjádření lékaře, že ze zdravotních důvodů není zájemce schopen podpisu.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

1. Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.
2. V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu v platném znění, svým podpisem uděluji souhlas k zjišťování, shromažďování, zpracovávání a uchovávání mých osobních údajů ve věci vyřizování této žádosti, a to až do doby její archivace a skartace.
3. Zájemce o službu souhlasí se sociálním šetřením, které provede pověřený pracovník Dps Seniorcentrum Slavkov. V případě, že zájemce bude splňovat podmínky k přijetí, bude vyzván k nástupu do zařízení, jakmile se pro něj uvolní vhodné místo.

Vlastnoruční podpis zájemce o službu:

Podpis soudem ustanoveného zákonného zástupce:

Podpis zákonného zástupce (úředně ověřená plná moc) :