



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Údaje o žadateli:

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa trvalého bydliště

Telefon, e-mail

Údaje o opatrovníkovi:

Jméno a příjmení / veřejný opatrovník.....

Adresa

Telefon, email

Proč máte zájem o poskytování služby Chráněné bydlení Moravice?

.....
.....
.....
.....

Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem srozuměna(a) s tím, že jsem povinen(a) neprodleně nahlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.



Upozornění:

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění dávám svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních a citlivých údajů souvisejících se zařazením do evidence žadatelů o poskytování služby a to až do doby jejich archivace a skartace.

.....

podpis žadatele

.....

podpis opatrovníka

V

dne





VOYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

Žadatel:

| | | |
|---|------------------|------------------------|
| Jméno a příjmení: | | |
| Datum narození: | | |
| Adresa trvalého bydliště: | | |
| Adresa a kontakt praktického lékaře: | | |
| Mentální postižení: (hodící se zaškrtněte) I. stupeň – lehké mentální postižení II. stupeň – středně těžké mentální postižení III. stupeň – těžké mentální postižení IV. stupeň – hluboké mentální postižení | | |
| Duševní onemocnění: | | |
| Tělesné postižení: | | |
| Smyslové postižení: | | |
| Další důležité informace/údaje o zdravotním stavu, které mohou ovlivnit poskytování sociální služby v chráněném bydlení (infekční onemocnění, alergie, diabetes, epilepsie, kardiak....): | | |
| dne | razítko | podpis lékaře |