

Ž Á D O S T

o přijetí do sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Vilík

Evidenční číslo žádosti:	Razítko:
Datum podání žádosti:	Přijal:

Ž A D A T E L

Jméno a příjmení			
Datum narození		Místo narození	
Státní příslušnost		Telefon	
Trvalé bydliště			
Skutečné bydliště (neshoduje-li se s trvalým)			

Příspěvek na péči		Výše příspěvku	
Zdravotní pojišťovna		Praktický lékař	

Z Á K O N N Í Z Á S T U P C I

	Matka	Otec
Jméno a příjmení		
Adresa		
Kontakt		

K O N T A K T N Í O S O B A K P R O J E D N Á V Á N Í D Ů L Ě Ž I T Ý C H Z Á L Ě Ž I T O S T Í

Jméno a příjmení			
Adresa		Příbuzenský vztah	
Kontakt		E-mail	

**OPATROVNÍK ŽADATELE, JE-LI ŽADATEL ZBAVEN NEBO OMEZEN VE
ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM**

Jméno a příjmení		Adresa	
Kontakt		E-mail	
Rozhodnutí soudu ze dne		Č. j.	

**DALŠÍ INFORMACE, KTERÉ POVAŽUJETE ZA VHODNÉ UVÉST KE SVÉ
ŽÁDOSTI**

Prohlášení žadatele/ zákonného zástupce:

Prohlašuji, že veškeré údaje v žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné neuzavření či zrušení smlouvy o poskytnutí služby sociální péče. Souhlasím s použitím mých osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, pro vnitřní potřeby Domova pro osoby se zdravotním postižením Vilík, Dragounská 38, Cheb 350 02

Přílohy:

1. Vyjádření lékaře
2. Rozhodnutí soudu / je-li stanoven opatrovník
3. Rozhodnutí o Příspěvku na péči

V dne

Podpis žadatele / zákonného zástupce / opatrovník:

--

Případné dotazy Vám zodpoví sociální pracovnice na telefonním čísle: 770 184 472, 770 184 474. Veškeré informace naleznete dále na našich webových stránkách.