**Zastoupený**:

Iveta Voráčová – manažer - řídící pracovník, tel.: 608 735 333

Bc. Lukáš Kyša – sociální pracovník, tel.: 776 873 333

Bc. Jakub Smékal, DiS. – sociální pracovník, tel.: 602 738 057

**Datum přijetí žádosti:**

**Žádost číslo:**

**Žádost o poskytování sociální služby v domově pro seniory**

**žadatel/ka**

jméno, příjmení: ……………………….…………. rodné příjmení: .……………………….…….

datum narození: ……………………….………….. státní občanství: …………………………….

trvale bytem: ……………………….………………………….………… PSČ: …………………...

telefon: …………………… zdrav. pojišťovna: ……………

místo současného pobytu: ……………………….………………………….…………………………

*(je-li odlišné od trvalého pobytu)* ……………………….……………………….…………………………

**adresa pro doručování pošty:** …………………….………………………….……………………...

 ...…………………….………………………….……………………

**Odůvodnění žádosti:**

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**Kontaktní osoby:**

jméno, příjmení příbuz. poměr adresa/telefon

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

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

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

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

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

**Příspěvek na péči:** ANO stupeň: I. II. III. IV.

 NE

 V ŘÍZENÍ od: ....................................................

Příspěvek na péči vyplácí ÚP: ....................................................

**Způsobilost k právním úkonům:**

ANO

NE – zákonný zástupce: ………………………………………………………………………….

**Ošetřující lékař:** ……………………………………………… **Telefon:** ……………………....

**PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:**

**Prohlašuji, že netrpím tímto onemocněním:**

* infekčním a parazitárním onemocněním všech druhů a stadií, při kterém mohu být zdrojem onemocnění
* tuberkulózou
* pohlavní chorobou v akutním stádiu
* psychózou a psychotickou poruchou, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé
* chronickým alkoholismem a jinou závažnou toxikománií, pokud nedošlo k likvidaci návyku

**Prohlašuji, že:**

* jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl/a pravdivě
* 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 uchovávání osobních a citlivých údajů týkajících se mé osoby, a to i po dobu jejich archivace

**Datum** **vyplnění žádosti:** ........................................................

**Čitelný vlastnoruční podpis:** .................................................

Přílohy: 1. Vyjádření lékaře

 2. V případě zastupování uživatele zák. zást. – listinu o ustanovení opatrovníkem