









ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Žádost o poskytnutí sociální služby		
	Jméno a příjmení	
	Datum narození	
	Trvalé bydliště	
	Kontaktní adresa, pokud bydlíte jinde	
	Telefon	
	E-mail	
	Kontakt na člověka, který vám pomáhá	

Pobíráte důchod nebo nějaké jiné sociální dávky? 	ANO		NE	
	Uved'te jaký druh <i>(invalidní, starobní, dávky v hmotné nouzi...)</i>			
Pobíráte příspěvek na péči?	NE	NE, ale mám zažádáno	ANO jaký stupeň	

<p>Máte od soudu omezenou svéprávnost?</p> 	NE
	NE, ale je zahájeno řízení o svéprávnosti
	ANO
	Pokud ano, máte ji omezenou i pro účel jednání uzavření smlouvy o poskytování sociální služby?
	ANO NE
<p>Pokud ano, prosím vyplňte: jméno příjmení a adresu opatrovníka:</p> <p>Telefon opatrovníka:</p>	

<p>S čím potřebujete pomoci?</p>   	POHYB?
	POMOC V NOCI?
	POMOC PŘI HYGIENĚ?
	POMOC PŘI STRAVOVÁNÍ?
	JINÁ POMOC:

<p>Prohlášení zájemce o službu (nebo jeho opatrovníka)</p>
<p>Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na uzavření smlouvy a průběh poskytování sociální služby.</p>
<p>Zpracování poskytnutých osobních údajů slouží výhradně pro posouzení žádosti a k případnému uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb.</p>
<p>Dne..... Podpis zájemce..... (případně opatrovníka)</p>

**Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o sociální službu
(Povinná příloha k žádosti o poskytnutí sociální služby)**

Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o sociální službu:	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
MÁ – NEMÁ	diagnostikováno duševní onemocnění dle MKN-10: specifikujte jaké:
TRPÍ – NETRPÍ	akutní infekční nemocí
VYŽADUJE – NEVYŽADUJE	pro svůj zdravotní stav poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení
TRPÍ – NETRPÍ	duševní poruchou, jejíž projevy mohou závažným způsobem narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití
KONZUMUJE – NEKONZUMUJE	nadměrně alkohol nebo zákonem zakázané návykové látky
V případě diagnózy duševní poruchy, jejíž projevy mohou narušovat závažným způsobem mezilidské vztahy a kolektivní soužití, vypište konkrétně jak, čím a případný průběh:	
Datum	Razítko a podpis lékaře

**Výše uvedené prohlášení nelze nahradit lékařskou zprávou ani jiným formulářem a je
nedílnou součástí žádosti o poskytnutí služby!!!**