

web: www.dsslitvinov.cz

Datum podání žádosti:.....

tel: 476 742 030

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Žadatel:			
	příjmení	rodné příjmení	jméno
Narozen:			
	den,měsíc,rok	místo	okres
Bydliště:			telefon:
			email:
Státní příslušnost:			
Rodinný stav: */ Hodící se, označte			
svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), rozloučený(á), ovdovělý(á) */			
žije s druhem, s družkou */			
Příspěvek na péči: */ Hodící se, označte			
ANO			
NE			
Důchod: */ Hodící se, označte			
ANO			
NE			
Jaké služby žadatel potřebuje (přání, očekávání):			
Důvod podání žádosti o přijetí do Domova pro osoby se zdravotním postižením:			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: */Hodící se, označte			
CO NEJDŘÍVE	POZDĚJI - KDY:	<input type="checkbox"/>	Od 1 - 6 měsíců
		<input type="checkbox"/>	Od 6 měsíců - 1 rok
		<input type="checkbox"/>	Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon zákonného zástupce, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti:

.....
(rozhodnutí soudu v ze dne č.j.).

Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o přijetí:

Jméno: vztah k žadateli:

Adresa:

Telefon:

Email:

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby evidence DSS Litvínov a to po dobu evidence zájemce o službu, pobytu v zařízení a po dobu nezbytnou po jeho skončení.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nejpozději do 15 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

.....
**Vlastnoruční podpis žadatele
(zákonného zástupce)**

V

Dne:

Přílohy:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu

Kopie rozsudku o omezení ve svéprávnosti *

Kopie usnesení o ustanovení opatrovníka *

(* Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vyplňuje poskytovatel DSS Litvínov:

Žádost o přijetí do Domova přijata:

V Litvínově dne:

podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o přijetí do Domova - Domov pro osoby se zdravotním postižením:

Datum nástupu:.....

V Litvínově dne:.....

podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů Domova - Domov pro osoby se zdravotním postižením:

Žadatel byl přijat do pořadníku čekatelů dne:

V Litvínově dne:.....

podpis odpovědné osoby: