ŽÁDOST
O PŘIJETÍ DO CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HRABYNĚ

☐ **DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (DOZP – 7776586)**
☐ **ODLEHČOVACÍ SLUŽBA (OS – 9346727)**
☐ **SOCIÁLNÍ REHABILITACE (SR – 7964358)**

1. ÚDAJE O ŽADATELI – VYPLŇUJE ŽADATEL

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Trvalá adresa	
Kontaktní adresa pro doručení písemností	
Telefon (nepovinný údaj 1)	
E-mail (nepovinný údaj 2)	

2. KONTAKTNÍ OSOBA / NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÝ (nepovinný údaj 3)

Jméno a příjmení		**Vztah k žadateli**	
Telefon (nepovinný údaj 1)		**E-mail** (nepovinný údaj 2)	

3. SOUDEM STANOVENÝ OPATROVNÍK

Jméno a příjmení		**Vztah k žadateli**	
Telefon (nepovinný údaj 1)		**E-mail** (nepovinný údaj 2)	
Kontaktní adresa pro doručení písemností			

V PŘÍPADĚ ZÁJMU O VYUŽITÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Chci službu použít od data, popř. období (max 3 měsíce)	

Jméno a příjmení praktického lékaře			
Adresa			
Telefon lékaře		**E-mail lékaře**	

Lékařská péče je zajišťována ve spolupráci s domácí agenturou zdravotní péče na základě indikace praktického lékaře klienta.

1) slouží ke zkontaktování žadatele v rámci provedení sociálního šetření, popř. doplnění nedodaných informací k žádosti o přijetí
2) slouží k zaslání rozhodnutí o zařazení či nezařazení žádosti o přijetí
3) slouží k přednostnímu zkontaktování pro vyřízení žádosti o přijetí

POKUD JE ŽADATEL UMÍSTĚN V ZAŘÍZENÍ

Název zařízení			
Adresa			
Kontaktní osoba (sociální pracovník, staniční sestra…)		**Telefon/E-mail**	

DŮVODY, PROČ CHCI BÝT PŘIJAT/A:

(Prosím, rozepište se a uveďte důvody, proč si podáváte žádost do pobytové sociální služby)

K ŽÁDOSTI PŘILOŽTE NÁSLEDUJÍCÍ DOKUMENTY:

- vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce, popř. zpráva z hospitalizace,
- kopii Rozhodnutí okresního soudu o omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka**,** pokud má žadatel ustanoveného opatrovníka.

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Zároveň se zavazuji k aktualizaci informací sdělených v žádosti.

V případě, že žadatel nesplňuje podmínky pro poskytování pobytové služby v CSS Hrabyně, je žádost spolu se Sdělením o odmítnutí žádosti automaticky zaslána zpět žadateli.

……..	……..	……..
datum	**podpis žadatele**	**podpis opatrovníka**