|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **pPořadové č.:** | **Datum přijetí:** | **Způsob přijetí:** | **Podal:** | **Přijal/vyřizuje:** | **Razítko:** |
|  |  | **Osobně**  **Poštou**  **E-mailem** | **Žadatel**  **Soc.pracovník**  **Os. blízká žadateli** |  |  |

**ŽÁDOST K UMÍSTĚNÍ UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

 Identifikátor **služby domova pro seniory**: 6773306

Identifikátor služby **domova se zvláštním režimem**: 5125094



Datum přijetí žádosti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno žadatele/ky** | | | Titul |
| **Datum a rok narození** |  | | |
| **Trvalé bydliště** | |  | |
| **Kontaktní údaje žadatele (telefon, e-mail)** | | | |
| **Příspěvek na péči** *Prosím označte možnost.*  přiznán ve stupni: …….  není přiznán  byla podána žádost dne ……………  byla podána žádost o navýšení dne ……………….  **Příspěvek na mobilitu**  pobírám,  nepobírám  **Důchod**  starobní,  invalidní,  vdovský/vdovecký. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno osoby blízké** | | | Titul |
| **Datum a rok narození** |  | | |
| **Trvalé bydliště** | |  | |
| **Kontaktní údaje osoby blízké (telefon, e-mail)** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Údaje o žadateli:** | |
| Rodinný stav | Zdravotní pojišťovna |
| Osoby žijící ve společné domácnosti se žadatelem | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kontaktní osoby, opatrovník** | | | |
| **Jméno a příjmení** | | Vztah k žadateli | |
| Telefon | E-mail | | |
| **Jméno a příjmení** | | | Vztah k žadateli |
| Telefon |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Praktický lékař** | |
| Lékař | Kontakt: telefon |
| Adresa | |

|  |
| --- |
| **Nepovinná poznámka, pro důležité sdělení k žádosti:** |
|  |
|  |
| **Kontaktní údaje Domova pro seniory Zity Kabátové** |
| Internetové stránky: www.dtvcentrum.cz, e-mail: info@dtvcentrum.cz  Sociální pracovnice: Bc. Hana Brožová, +420 601 589 081 |
|  |
| Součástí žádosti o pobytové služby: Zdravotní záznam žadatele,POSOUZENÍ POTŘEBNOSTI  PÉČE,INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU VE VĚCI VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, sazebník úhrad.  Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s jejich obsahem a souhlasím s nimi.    Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., v plném změní, včetně údajů o zdravotním stavu a o kontaktní osobě. **Svým podpisem uděluji souhlas ke shromažďování a uchovávání těchto dat od posouzení mojí žádosti, od přijetí, až do doby jejich archivace a skartace.** Souhlasím, aby informace vztahující k mojí osobě byla poskytnuta kontaktní osobě.  **Prohlašuji, že veškeré údaje mnou uvedené v této žádosti jsou pravdivé.**    **V ………… dne ………**  **Podpis žadatele………………………………….. Podpis opatrovníka…………………………..** |