|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.czSociální 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…………………………..** |