



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Číslo žádosti:

Razítko

Datum přijetí žádosti:

Zaškrtněte, o jakou službu máte zájem a v jakém středisku ji chcete čerpat.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> domov pro osoby se zdravotním postižením | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa |
| | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Trmice |
| | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice |
| <input type="checkbox"/> chráněné bydlení | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa |
| | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice |
| | <input type="checkbox"/> Chráněné bydlení Teplice |
| <input type="checkbox"/> podpora samostatného bydlení | <input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením Trmice |

Žadatel

_____ jméno a příjmení

Narozen

_____ den, měsíc, rok

Bydliště

_____ ulice, město psč

Telefon

E-mail

Čeho chce žadatel prostřednictvím služby dosáhnout (jakou potřebuje pomoc, jaká jsou jeho očekávání a osobní cíle)?

Zákonný zástupce (rodič, poručník, opatrovník)

Jméno

_____ jméno a příjmení

Bydliště

_____ ulice, město psč

Telefon

E-mail

Nařízení ústavní výchovy (je-li žadatel mladší 18 let)

ANO

NE*)

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Svým podpisem beru na vědomí, že veškeré osobní údaje uvedené v žádosti o poskytnutí sociální služby a posudku registrujícího lékaře budou zpracovány dle přílohy, která je součástí žádosti o poskytování sociální služby.

_____ datum

_____ podpis žadatele (zákonného zástupce)

Nedílnou přílohou Žádosti o poskytnutí sociální služby je Posudek registrujícího lékaře.

Vyjádření Domova pro osoby se zdravotním postižením

Podpis vedoucí zařízení

Vyjádření bylo žadateli zasláno dne:
