

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE V CENTRU DENNÍCH SLUŽEB MOTÝL
Fügnerova 937, 539 01 Hlinsko

ŽÁDOST PROSÍM VYPLŇTE. POKUD CHCETE, POMŮŽE VÁM SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK CENTRA.

ÚDAJE O ŽADATELI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____
DATUM NAROZENÍ: _____ TITUL: _____
TRVALÉ BYDLIŠTĚ: _____
KONTAKTNÍ ADRESA: _____
TELEFON: _____ EMAIL: _____
ŽADATEL JE / NENÍ OMEZEN VE SVÉPRÁVNOSTI
ROZHODNUTÍM SOUDU V _____ ZE DNE _____
ČÍSLO ROZHODNUTÍ _____ NABYTÍ PRÁVNÍ MOCI DNE _____
V JAKÉ OBLASTI A V JAKÉM ROZSAHU _____

ÚDAJE S INFORMOVANÝM SOUHLASEM ŽADATELE

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI: ANO NE STUPEŇ: _____
TYP PRŮKAZU: TP ZTP ZTP/P

ÚDAJE O OPATROVNÍKOVĚ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____
DATUM NAROZENÍ: _____ TITUL: _____
TRVALÉ BYDLIŠTĚ/KONTAKTNÍ ADRESA: _____
TELEFON: _____ EMAIL: _____
USNESENÍ SOUDU V _____ ZE DNE _____ ČÍSLO USNESENÍ _____

KONTAKTNÍ OSOBA V MIMOŘÁDNÝCH SITUACÍCH:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL: _____
TRVALÉ BYDLIŠTĚ: _____
KONTAKTNÍ ADRESA: _____
TELEFON: _____ EMAIL: _____
VZTAH K ŽADATELI: _____

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

POPIŠTE PROSÍM, PROČ ŽÁDÁTE O PŘIJETÍ DO SLUŽBY, CO POTŘEBUJETE, CO OČEKÁVÁTE:

PROHLÁŠENÍ

SVÝM PODPISEM DÁVÁM SOUHLAS, ABY CDS MOTÝL SHROMÁŽDILO, ZPRACOVÁVALO A UCHOVÁVALO MOJE VÝŠE UVEDENÉ OSOBNÍ ÚDAJE PRO VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SLUŽBY V CENTRU DENNÍCH SLUŽEB V SOULADU SE ZÁKONEM Č. 110/2019 SB. O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ V PLATNÉM ZNĚNÍ.

PROHLAŠUJI, ŽE VŠECHNY ÚDAJE, KTERÉ JSEM UVEDL/A, JSOU PRAVDIVÉ, ŽE JSEM NEZAMLČEL/A ÚDAJE, KTERÉ BY MOHLY MÍT VLIV NA PŘIJETÍ DO SLUŽBY ČI PRŮBĚH SLUŽBY.

V _____ DNE _____

PODPIS ŽADATELE _____

PODPIS OPATROVNÍKA _____

ZAJISTĚTE SI PROSÍM POTŘEBNÉ PŘÍLOHY ŽÁDOSTI:

- VYJÁDŘENÍ VAŠEHO OŠETŘUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE (PŘEDEPSANÝ TISKOPIS)
- FOTOKOPII LISTINY O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA (ROZHODNUTÍ SOUDU O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA, JE-LI OMEZENA SVÉPRÁVNOST) A FOTOKOPII ROZSUDKU O OMEZENÍ SVÉPRÁVNOSTI

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ.

ŽÁDOST I JEJÍ PŘÍLOHY PROSÍM PŘEDEJTE SOCIÁLNÍMU PRACOVNÍKOVÍ CENTRA K VYŘÍZENÍ.