

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: _____

TELEFONICKÉ SPOJENÍ, 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 (STUPEŇ): ANO NE

TYP PRŮKAZU: TP, ZTP, ZTP/P

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI/OPATROVNÍKOVI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

DATUM NAROZENÍ: _____ TITUL: _____

TRVALÉ BYDLIŠTĚ/KONTAKTNÍ ADRESA: _____

TELEFONICKÉ SPOJENÍ, EMAIL: _____

USNESENÍ SOUDU V _____ ZE DNE _____ ČÍSLO USNESENÍ _____

KONTAKTNÍ OSOBA V MIMOŘÁDNÝCH SITUACÍCH (* NEPOVINNÉ):

JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL: _____

TRV. BYDLIŠTĚ/KONTAKTNÍ ADRESA: _____

TELEFONICKÉ SPOJENÍ, EMAIL: _____

VZTAH K ŽADATELI: _____

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

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

PROHLÁŠENÍ

PROHLAŠUJI, ŽE VEŠKERÉ ÚDAJE V TÉTO ŽÁDOSTI JSEM UVEDL/A PRAVDIVĚ ŽE JSEM BYL(A) INFORMOVÁN(A) O ROZSAHU, ÚČELU A ZPŮSOBU ZPRACOVÁNÍ MÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ FORMOU ZÁSAD OCHRANY OSOBNÍCH ÚDAJŮ A JEJICH ZPRACOVÁNÍ

V _____ DNE _____

PODPIS ŽADATELE _____

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE/OPATROVNÍKA _____

ZAJISTĚTE SI PROSÍM POTŘEBNÉ PŘÍLOHY ŽÁDOSTI:

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

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ.

ŽÁDOST I JEJÍ PŘÍLOHY PŘEDEJTE SOCIÁLNÍMU PRACOVNÍKOVÍ CENTRA K VYŘÍZENÍ.