

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Číslo žádosti:

Razítko

Datum přijetí žádosti:

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

- | | |
|---|--|
| ☐ domov pro osoby se zdravotním postižením | ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa |
| | ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením Trmice |
| | ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice |
| ☐ chráněné bydlení | ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa |
| | ☐ Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice |
| | ☐ Chráněné bydlení Teplice |
| ☐ podpora samostatného bydlení | ☐ 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:
