



Domov Dolní zámek
náměstí Aloise Jiráska 44,
549 57 Teplice nad Metují
IČO: 71194011
Datová schránka: cv5kht8

Žádost o poskytnutí sociální služby v Domově Dolní zámek

Jméno žadatele/ky :		Datum přijetí žádosti:	
Příjmení žadatele/ky:		Evidenční číslo žádosti:	
Rodné příjmení žadatelky:		Přijat/a do zařízení dne:	
Titul:		Zamítnuto dne:	

Údaje o zájemci:

Datum narození:

Telefon:

E-mail:

Státní občanství:

Okres:

Kraj:

Adresa trvalého bydliště:

Místo současného pobytu:

V případě současného pobytu v pobytové sociální službě uveďte kontakt na poskytovatele:

Telefonický kontakt na uživatele, osobu blízkou, či opatrovníka:	
Adresa k zasílání korespondence:	
Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v Domově Dolní zámek:	
Jméno, adresa a kontakt na opatrovníka či zmocněnce ustanoveného soudem:	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
K žádosti o poskytnutí sociální služby je třeba doložit kopii rozhodnutí soudu o omezení ve svéprávnosti a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka či zástupce osoby nebo kopii plné moci.	
Dosavadní způsob řešení situace:	
Pobytová služba:	<input type="checkbox"/>
Zařízení zdravotnické péče:	<input type="checkbox"/>
Domácí prostředí:	<input type="checkbox"/>



Domov Dolní zámek
náměstí Aloise Jiráska 44,
549 57 Teplice nad Metují
IČO: 71194011
Datová schránka: cv5kht8

Jiné:
Má žadatel podanou žádost do jiného zařízení? V případě, že ano, do jakého?
Další poznámky:

Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a podle skutečnosti.
Beru na vědomí, že nedílnou součástí této žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu.
Souhlasím, aby údaje uvedené v této žádosti a vyjádření lékaře byly použity pro účely přijetí do Domova Dolní zámek a to v souladu s platnou legislativou.

Přílohy k žádosti:

1. Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele.
2. U žadatele, který má zákonného zástupce (opatrovníka) – kopie rozhodnutí soudu omezení ve svéprávnosti a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka.
3. U žadatele zastupovaného pověřeným zmocněncem – kopie plné moci.
4. Souhlas se zpracováním osobních údajů pro zájemce o poskytnutí služby.

.....
datum

.....
vlastnoruční podpis žadatele nebo
opatrovníka/zmocněnce