



Domovy sociálních služeb Litvínov

Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dsslitvinov.cz

Datum podání žádosti:.....

tel: 476 742 030

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov pro osoby se zdravotním postižením

| | | | |
|--|----------------|--------------------------|----------------------|
| Žadatel: | | | |
| | příjmení | rodné příjmení | jméno |
| Narozen: | | | |
| | den,měsíc,rok | místo | okres |
| Bydliště: | | | telefon: |
| | | | email: |
| Státní příslušnost: | | | |
| Rodinný stav: */ Hodící se, označte | | | |
| svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), rozloučený(á), ovdovělý(á) */ | | | |
| žije s druhem, s družkou */ | | | |
| Příspěvek na péči: */ Hodící se, označte | | | |
| ANO | | | |
| NE | | | |
| Důchod: */ Hodící se, označte | | | |
| ANO | | | |
| NE | | | |
| Jaké služby žadatel potřebuje (přání, očekávání): | | | |
| | | | |
| Důvod podání žádosti o přijetí do Domova pro osoby se zdravotním postižením: | | | |
| | | | |
| Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: */Hodící se, označte | | | |
| | | | |
| CO NEJDŘÍVE | POZDĚJI - KDY: | <input type="checkbox"/> | Od 1 - 6 měsíců |
| | | <input type="checkbox"/> | Od 6 měsíců - 1 rok |
| | | <input type="checkbox"/> | Za 1 rok či více let |

Jméno, adresa, telefon zákonného zástupce, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti:

.....
(rozhodnutí soudu v ze dne č.j.).

Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o přijetí:

Jméno: vztah k žadateli:

Adresa:

Telefon:

Email:

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby evidence DSS Litvínov a to po dobu evidence zájemce o službu, pobytu v zařízení a po dobu nezbytnou po jeho skončení.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nejpozději do 15 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

.....
**Vlastnoruční podpis žadatele
(zákonného zástupce)**

V

Dne:

Přílohy:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu

Kopie rozsudku o omezení ve svéprávnosti *

Kopie usnesení o ustanovení opatrovníka *

(* Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vyplňuje poskytovatel DSS Litvínov:

Žádost o přijetí do Domova pro osoby se zdravotním postižením přijata:

V Litvínově dne:

podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o přijetí do Domova pro osoby se zdravotním postižením:

Datum nástupu:.....

V Litvínově dne:.....

podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů Domova pro osoby se zdravotním postižením:

Žadatel byl přijat do pořadníku čekatelů dne:

V Litvínově dne:.....

podpis odpovědné osoby: