Domovy sociálních služeb Litvínov
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dsslitvinov.cz

tel: 476 742 030

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVECH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Sociální služba:

Chráněné bydlení			
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 poskytování pobytové sociální služby:			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: */Hodící se, označte			
CO NEJDŘÍVE POZDĚJI - KDY:	☐ Od 1 - 6 měsíců ☐ Od 6 měsíců - 1 rok ☐ Za 1 rok či více let		

Jméno, adresa, telefon žadatele nebo 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 (zástupce):

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb.,O zpracování 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 (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 poskytování pobytové sociální služby přijata:	
V Litvínově dne: ……..	podpis odpovědné osoby: