

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: _____

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): _____

TYP PRŮKAZU: TP, ZTP, ZTP/P

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI/OPATROVNÍKOVI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

DATUM NAROZENÍ: _____ TITUL: _____

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: _____

TELEFONICKÉ SPOJENÍ, EMAIL: _____

USNESENÍ SOUDU V _____ ZE DNE _____ ČÍSLO USNESENÍ _____

KONTAKTNÍ OSOBA V MIMOŘÁDNÝCH SITUACÍCH:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL: _____

BYDLIŠTĚ: _____

TELEFONICKÉ SPOJENÍ, EMAIL: _____

VZTAH K ŽADATELI: _____

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

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

PROHLÁŠENÍ

SVÝM PODPISEM DÁVÁM SOUHLAS, ABY CDS MOTÝL SHROMÁŽDILO, ZPRACOVÁVALO A UCHOVÁVALO MOJE VÝŠE UVEDENÉ OSOBNÍ ÚDAJE PRO VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SLUŽBY V CENTRU DENNÍCH SLUŽEB V SOULADU SE ZÁKONEM Č. 101/2000 SB. O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ V PLATNÉM ZNĚNÍ.

PROHLAŠUJI, ŽE VŠECHNY ÚDAJE, KTERÉ JSEM UVEDL/A, JSOU PRAVDIVÉ, ŽE JSEM NEZAMLČEL/A ÚDAJE, KTERÉ BY MOHLY MÍT VLIV NA PŘIJETÍ DO SLUŽBY ČI PRŮBĚH SLUŽBY.

V _____ DNE _____

PODPIS ŽADATELE _____

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE/OPATROVNÍKA _____

ZAJISTĚTE SI PROSÍM POTŘEBNÉ PŘÍLOHY ŽÁDOSTI:

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

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ.

ŽÁDOST I JEJÍ PŘÍLOHY PŘEDEJTE SOCIÁLNÍMU PRACOVNÍKOVÍ CENTRA K VYŘÍZENÍ.