

Žádost o poskytování sociální služby

Datum podání žádosti:	(vyplní Domov)																																			
<p>1. Žadatel:</p> <p style="text-align: center;">jméno a příjmení</p> <p>Jméno a tel. kontakt na zákonného zástupce:</p>																																				
<p>2. Datum narození:</p> <p style="text-align: center;">den, měsíc, rok</p>																																				
<p>3. Bydliště:</p> <p style="text-align: center;">ulice, č.p. PSČ, město</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">kraj</p>																																				
<p>4. Druh postižení: <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> Mentální postižení</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kombinované postižení, jaké:</p>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%;">Zvládá samostatně</th> <th style="width: 15%;">Zvládá s dopomocí</th> <th style="width: 15%;">Nezvládá</th> <th style="width: 35%;">Poznámky</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mobilita</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Komunikace</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stravování</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oblékání a obouvání</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tělesná hygiena</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Výkon fyziologické potřeby</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Zvládá samostatně	Zvládá s dopomocí	Nezvládá	Poznámky	Mobilita					Komunikace					Stravování					Oblékání a obouvání					Tělesná hygiena					Výkon fyziologické potřeby				
	Zvládá samostatně	Zvládá s dopomocí	Nezvládá	Poznámky																																
Mobilita																																				
Komunikace																																				
Stravování																																				
Oblékání a obouvání																																				
Tělesná hygiena																																				
Výkon fyziologické potřeby																																				

5. Důvod podání žádosti (popis nepříznivé sociální situace):

6. Příspěvek na péči (stupeň): I. II. III. IV. bez příspěvku

7. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl podle skutečnosti a souhlasím, aby byly použity při posuzování žádosti. Beru na vědomí, že umístění do služby Domov pro osoby se zdravotním postižením je podmíněno podpisem smlouvy.

Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby uvedené údaje byly organizací zpracovány a uchovány do doby zahájení poskytování sociální služby nebo do odvolání žadatelem kdykoli na adrese: socialni.pracovnik@domovraspenava.cz nebo na tel.: 482 319 102.

V dne:

.....
Vlastnoruční podpis žadatele/zákonného zástupce