



Domov pro seniory Sloupnice

příspěvková organizace
Horní Sloupnice 258, 565 53 Sloupnice

Žádost o umístění

Domov pro seniory Domov se zvláštním režimem

Jméno a příjmení zájemce: _____

Datum narození: _____ Občanství: _____

Rodné příjmení: _____ Stav: _____

Trvalé bydliště zájemce: _____

PSČ: _____ Okres: _____ Telefon: _____

Místo současného pobytu: _____

Kontaktní osoba

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr, kontaktní adresa, telefon, e-mail. Pokud klient nebude moci sám jednat, budeme tuto osobu kontaktovat a jednat s ní ohledně důležitých záležitostí týkajících se podané žádosti.

1. _____

2. _____

Pravidelný příjem – nepovinný údaj (nutno doložit pouze v případě nárokování snížené úhrady)

Druh důchodu: _____ Jiný pravidelný příjem: _____

** Zájemce, který není schopen sám jednat, zastupuje zákonný zástupce (**zmocněnec**) pro jednání o přijetí do domova. Toto doloží zmocněním s ověřeným podpisem (**plná moc**).*

Jméno a příjmení zmocněnce: _____

** Zájemce, který není schopen sám jednat, zastupuje zákonný zástupce (**opatrovník**) pro jednání o přijetí do domova. Toto doloží **rozhodnutím soudu**.*

Jméno a příjmení opatrovníka: _____

Adresa: _____

Rozhodnutí soudu v _____ ze dne _____ č.j. _____



Domov pro seniory Sloupnice

příspěvková organizace

Horní Sloupnice 258, 565 53 Sloupnice

Jaký je Váš **důvod k podání žádosti**? Co očekáváte od pobytu v DpS, v jakých činnostech potřebujete podporu a pomoc? **Popis nepříznivé situace**. Jak jste situaci řešili doposud? Využívali jste pečovatelskou či jinou sociální službu, jakou?

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě.

Vlastnoruční **podpis zájemce o službu** (příp. opatrovníka či zmocněnce). **Není-li schopen podpisu, je nutné přiložit lékařské potvrzení o neschopnosti podpisu.**

Datum: _____ Podpis zájemce _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Žádost předejte osobně v DpS nebo zašlete na adresu: **Domov pro seniory Sloupnice
Horní Sloupnice 258
565 53 Sloupnice**

Poučení: - přílohou žádosti jsou: - Informace o zpracovávání osobních údajů
- Posudek lékaře o zdravotním stavu
- Dotazník žadatele

Tel.číslo: 465 549 116, 465 549 037 **Webové stránky:** www.ddsloupnice.cz

E-mail: socialni4@ddsloupnice.cz

dále: socialni1@ddsloupnice.cz, socialni2@ddsloupnice.cz, socialni3@ddsloupnice.cz,

Usnesením komise bylo rozhodnuto o

* **ZAŘAZENÍ**

* **NEZAŘAZENÍ** (z důvodu: _____) žádosti do pořadníku.

Datum: **Podpisy:**

Tuto část nevyplňujte.