# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

# DENNÍ STACIONÁŘ ŽIDLOCHOVICE

Masarykova 115, Židlochovice 667 01

|  |  |
| --- | --- |
| Den podání žádosti: *(nevyplňovat)* | Zařazení žádosti do evidence žadatelů: *(nevyplňovat)* |

**I. Žadatel o službu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele | |  |
| **Datum narození** |  | |
| **Adresa trvalého pobytu, PSČ** | |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresa aktuálního místa pobytu, příp. adresa, kam je možné zasílat poštu**  (je-li odlišná od trval. bydliště) |  |
|  |
|  |
| Kontaktní telefon/e-mail |  |

|  |
| --- |
| **Požadovaný termín nástupu:** |

**II. Zastupující osoba** (zákonný zástupce, opatrovník, soudem ustanovený zástupce nebo podpůrce, zastupující osoba na základě plné moci)

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** |  |
| **Vztah k žadateli** \*) |  |
| **Kontaktní adresa** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

\*)v případě soudem stanoveného opatrovníka či soudem schválené formy zastupování doložte k žádosti kopii rozhodnutí soudu

**III. Důvod podání žádosti o službu** (popis nepříznivé sociální situace, očekávání, požadavky, potřeby, cíle, které chce zájemce prostřednictvím služby dosáhnout)

|  |
| --- |
|  |

**IV. Prohlášení pro zařazení do okruhu osob, pro které je služba určena**

Žadatel prohlašuje, že je osobou ve věku 18-64 let:\*\*)

* s  mentálním postižením
* se zdravotním postižením
* s kombinovaným postižením (zdravotním a přidruženým mentálním postižením)

Žadatel prohlašuje, že: \*\*)

**□** je **□** není osobou s těžkým stupněm specifických smyslových vad (ztráta zraku či sluchu)

**□** je **□** není osobou s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením

**□** je **□** není osobou s poruchami chování, které by vážným způsobem narušovaly kolektivní soužití

\*\*) vybranou odpověď označte

|  |  |
| --- | --- |
| **Prohlášení žadatele/ zastupující osoby** | |
| Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé. | |
| V dne: | Podpis žadatele / zastupující osoby |

**Přílohy:**

* Kopie rozsudku o omezení svéprávnosti a kopie listiny o jmenování opatrovníka (případně kopie rozhodnutí soudu o jiné formě podpory)
* Kopie plné moci
* Potvrzení lékaře
* Potvrzení o dezinfekčnosti

**Kontakt:**

Mgr. et Bc. Lenka Brázdová, DiS., vedoucí služby, sociální pracovnice

Telefon: 737 635 203

Email: [stacionar@zidlochovice.cz](mailto:stacionar@zidlochovice.cz)   
<http://www.zidlochovice.cz>