**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**MZSS KARLOVY VARY - DOMOVPRO SENIORY KARLOVY VARY - STARÁ ROLE**

**Závodu míru 88/96, 360 17 Karlovy Vary**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum podání žádosti (vyplňuje zařízení) | Evidenční číslo žádosti (vyplňuje zařízení) |

|  |  |
| --- | --- |
| ŽADATEL | |
| Příjmení, jméno, titul | Datum narození |
| Trvalé bydliště | |
| Kontakt (telefon, email) | |

|  |  |
| --- | --- |
| ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (OPATROVNÍK, PODPŮRCE apod. vyplňte, pokud je ustanoven) | |
| Příjmení, jméno, titul | Č.j. rozhodnutí o omezení svéprávnosti |
| Bydliště | Kontakt (telefon, email) |

|  |
| --- |
| KONTAKTNÍ OSOBY  (Kontaktní osoba vyplní přiložený souhlas s poskytnutím osobních údajů.  Poskytnutí údajů je dobrovolné. Je udělováno v zájmu osoby, která žádá o přijetí do zařízení.) |
| Příjmení, jméno, titul kontaktní osoby a kontaktní údaj |
| Příjmení, jméno, titul kontaktní osoby |

|  |
| --- |
| V SOUČASNOSTI POBÝVÁM:  (zaškrtněte) |
| □ doma  □ v léčebně dlouhodobě nemocných (kde, od kdy) ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  □ v nemocnici (kde) …………………………………………………………………………………………………………………..  □ v zařízení sociální péče (kde) ………………………………………………………………………………………………….  □ jinde (kde) ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| V PŘÍPADĚ PLNÉ KAPACITY ZAŘÍZENÍ:  (zaškrtněte) |
| □Žádám o zařazení do evidence žadatelů o poskytnutí služby.  □Nežádám o zařazení do evidence žadatelů o poskytnutí služby. |

|  |
| --- |
| ODŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI  (Uveďte např. proč službu potřebujete, s čím by Vám měla pomoct, co od služby očekáváte.) |
|  |

Veškeré změny údajů uvedených v žádosti neprodleně oznámím písemně na adresu zařízení (Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role, Závodu míru 88/96, 360 17 Karlovy Vary) nebo telefonicky sociální pracovnici nač. 725 944 729.

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby.

V ……………………………………… dne …………………………………. ………………………………………………………….

podpis žadatele / zákonného zástupce

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádost podejte spolu s její přílohou – tedy s vyjádřením lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby.

Bližší informace, vč. Informací o ochraně Vašich osobních údajů naleznete na webových stránkách:[www.kv-mzss.cz](http://www.kv-mzss.cz) .