

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY „ODLEHČOVACÍ SLUŽBY“ V DOMOVĚ PRO SENIORY V BYSTRÉM

1. Žadatel: **rodinný stav:**.....

jméno, příjmení

2. Narozen:

den, měsíc, rok

místo

3. Trvalé bydliště: **telefon:**

obec, ulice, číslo, PSČ

4. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce (v případě rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti žadatele)

.....

5. Důvody podání žádosti:

.....

.....

6. Požadavek na termín pobytu: od do

7. Kontaktní osoba: (manžel/ka, děti, blízcí přátelé atd...)

jméno

příbuzenský poměr

adresa

telefon/email

.....

.....

.....

8. Jméno, adresa a telefon praktického lékaře žadatele:

.....

9. Adresa současného pobytu žadatele (uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti na jiné adrese, než je uvedena v bodu 3):

.....

10. Další doplňující údaje:

.....

.....

.....

Datum a podpis žadatele :

nebo zákonného zástupce :

Vyplněnou žádost včetně příloh *) zašlete na adresu:**Domov pro seniory v Bystrém****Nad Kašpárkem 496****569 92 Bystré****Dotazy, popř. pomoc s vyplněním žádosti na adrese:**

Domov pro seniory v Bystrém

nebo příslušné obecní úřady členských obcí SO AZASS

Nad Kašpárkem 496, Bystré

Tel. 461 653 161

www.azass.cz

*) součástí žádosti o přijetí do DpS je :

- vyplněný Zdravotní dotazník (vyplní praktický/ošetřující lékař)
- podepsaný Souhlas se zpracováním osobních údajů a využíváním rodného čísla

Informace pro Domov pro seniory Bystré - nevyplňujte prosím

Datum přijetí žádosti.....

Datum vyřízení žádosti.....