

Žádost o poskytování sociální služby

Datum podání žádosti:	(vyplní poskytovatel)
1. Žadatel: jméno a příjmení Tel. kontakt na zákonného zástupce/opatrovníka	
2. Datum narození: den, měsíc, rok	
3. Bydliště: ulice, č.p. PSČ, město kraj	
4. Druh postižení: <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> Mentální postižení <input type="checkbox"/> Kombinované postižení, jaké:	
5. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce): Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl podle skutečnosti. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby uvedené údaje byly použity při posuzování žádosti o poskytnutí sociální služby. Beru na vědomí, že umístění do služby Domov pro osoby se zdravotním postižením je podmíněno podpisem smlouvy. V dne: Podpis žadatele/ zákonného zástupce(opatrovníka) Tento souhlas můžete kdykoli odvolat na adrese: kavarnaraspenava@gmail.com nebo na tel.: 482 319 102.	

