Poseidon Alzheimer domov s.r.o.
M. J. Husa 1175/3, 434 01 Most
IČO: 24530719

Žádost o umístění do domova Poseidon Alzheimer domov s.r.o.

Evidenční číslo (vyplní domov):

Žadatel:

Jméno a příjmení:			
Rodné příjmení:		Státní občanství:	
Datum narození:		Rodinný stav:	

Adresa trvalého bydliště:	
Korespondenční adresa:	
Místo současného pobytu:	
Kontakty (telefon, e-mail)	

Druh důchodu:		Příspěvek na péči:	1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯
Zákonný zástupce/opatrovník (úředně určený)	◯ ne		
	◯ ano – rozsah/oblast svéprávnosti:		
Jméno, příjmení a adresa zákonného zástupce/opatrovníka, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:			
Rozhodnutí soudu v		ze dne	Č.j.

Příbuzní:

Jméno a příjmení	Poměr k žadateli:	Adresa:	Telefon, e-mail:

Odůvodnění žádost (popis nepříznivé sociální situace atd.):	
Jak jste se o nás dozvěděli:	

Poznámky:

S poskytnutými osobními údaji zájemce o sociální službu bude nakládáno v souladu se zák. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a budou využity jen pro účel posouzení žádosti a případné sestavení smlouvy o poskytování sociální služby související s pobytem v Poseidon Alzheimer Domov s.r.o. V případě, že Žádost nebude vyřízena kladně, bude dokument skartován.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené v této žádosti, jsou pravdivé a žádnou podstatnou skutečnost, která by měla vliv na poskytování služby, jsem nezamlčel/a.
Pokud dojde ke změně údajů uvedených v Žádosti o poskytnutí sociální služby, změnu neprodleně nahlásím. Jsem si vědom/a, že nepravdivé údaje mohou mít za následek vyřazení z evidence žadatelů o přijetí do Poseidon Alzheimer Domov s.r.o.

V …… dne…….. ……..……..
Podpis žadatele (zákonného zástupce).

Žádost doručena dne: ……..……

Žádost „Přijata“ dne: ……. ……..……
Příjmení a podpis sociální pracovnice.

(Příloha č. 2 ke Směrnici č. 6/2017)