



CHARITA KRNOV
Dům dobré vůle Žáry

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DŮM DOBRÉ VŮLE ŽÁRY domov se zvláštním režimem	Evidenční číslo žádosti:
	Došlo dne:

Příjmení a jméno zájemce:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Kontaktní adresa (současný pobyt):

Telefon:

Rodinný stav:

Státní občanství:

Zdravotní pojišťovna:

Ošetřující lékař:

Druh a výše důchodu:

Jiné příjmy (nepovinný údaj):

Stupeň/ výše příspěvku na péči (Prosíme o doložení kopie rozhodnutí):

.....

Způsobilost k právním úkonům: ANO / NE

Opatrovník:

Proč mám zájem o poskytování služby:

.....

.....

.....

.....



CHARITA KRNOV
Dům dobré vůle Žáry

Kdo mi pomohl žádost vyplnit (kontakt):

.....
.....

Nejbližší příbuzní či jiné blízké osoby:

jméno	vztah k žadateli	adresa	telefon či email

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s pobytem v zařízení a to až do doby jejich archivace a skartace. Tento souhlas může být kdykoliv písemně odvolán.

Datum:

.....
podpis zájemce
nebo zákonného zástupce

Žádost můžete doručit osobně, elektronicky nebo poštou na adresu:
DŮM DOBRÉ VŮLE ŽÁRY, domov se zvláštním režimem, Žáry 3, 793 95 Město
Albrechtice.

K žádosti laskavě doložte vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele.