**DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM,**

**WOLKEROVA 1274, 765 02 OTROKOVICE**

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Kontaktní adresa (pokud není stejná jako trvalé bydliště):

Omezení způsobilosti k právním úkonům (označte): zcela částečně neomezená

Stupeň závislosti (označte): lehká středně těžká těžká úplná

Výše důchodu: (zájemce nevyplní, pokud nebude požadovat slevu ustanovenou zákonem č. 108/2006 Sb.)

JE VAŠE POTŘEBA VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY AKUTNÍ (zaškrtněte): ANO NE

Jméno a příjmení případné kontaktní osoby:

Váš vztah k zájemci (označte): rodinný příslušník opatrovník [[1]](#endnote-1)) jiná osoba blízká jiné

Kontaktní údaje: adresa

telefon, email:

Důvod podání žádosti, prosíme o co nejpodrobnější vyjádření:

Jaká jsou vaše očekávání:

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

 Podpis zájemce, opatrovníka

**Děkujeme za Váš zájem o naše služby.**

1. Pokud má zájemce ustanoveného opatrovníka, přiložte k žádosti, prosím, kopii rozhodnutí soudu [↑](#endnote-ref-1)