ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY

**Dům Naděje Zlín, Bratří Sousedíků 349, 760 01 Zlín/Středisko Naděje Zlín, Díly IV/3692, 760 01 Zlín, tel.: 577 006 811**

|  |
| --- |
| **1. Jméno a příjmení žadatele:** |
| Rodné příjmení: |
| Datum narození a místo: |
| Adresa trvalého bydliště: |
| Adresa nynějšího pobytu žadatele: |
| Telefonní kontakt: |
| Kontaktní e-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| Státní příslušnost: | Rodinný stav: |
| Povolání: |
| Osobní záliby:  |

|  |
| --- |
| **2. Kontaktní osoba (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), která má být informována o stavu žadatele, bude-li sociální službu využívat:** |
| Jméno a příjmení: |
| Adresa: |
| Vztah k žadateli: |
| Telefonní kontakt: |
| Kontaktní e-mail: |

|  |
| --- |
| **3. Důvody žádosti:** |
|  |
| **4. Opatrovník, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti, nebo jiný zástupce, podpůrce:** |
| Jméno a příjmení: |
| Adresa: |
| Telefonní kontakt, e-mail: |
| Rozsah omezení svéprávnosti: |

|  |
| --- |
| **5. Doporučení lékaře:**  |
| Typ postižení (prosíme, zaškrtněte): mentální tělesné smyslové (jaké) kombinované (jak) Komentář:Stupeň postižení: Další důležité informace, které mohou mít vliv na průběh sociální služby (duševní porucha, duševní onemocnění, zvláštní potřeby apod.):   Razítko a podpis lékaře |
| **6. Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb:**Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl správně.  Ve……………, dne………………… ……………………… Podpis žadatele, opatrovníka |