



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Název: Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s.r.o.
Adresa: Blatenská 314, 341 01 Horažďovice
Telefon: +420 376 512 331-3
Fax: +420 376 512 231
Stránky: www.horazdovice.nemocnicepk.cz

Jméno a příjmení žadatele:	
Rodné příjmení:	
Datum narození:	
Místo narození:	Rodinný stav:
Adresa trvalého bydliště:	
Telefon:	Zdravotní pojišťovna:
Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> přiznán <input type="checkbox"/> nepřiznán <input type="checkbox"/> v řízení <input type="checkbox"/> podána žádost o navýšení <input type="checkbox"/> nežádán	
Deklaruji, že uhradím plnou cenu služby a i poté mi z příjmu zůstane částka ve výši 15%. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (nutno doložit výměr důchodu)	
Má zájemce podanou žádost i do jiného sociálního zařízení? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Název zařízení:	
Žádost podaná od:	



U žadatelů omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům uveďte:

Příjmení a jméno opatrovníka:

Telefon:

Trvalé bydliště:

Rozhodnutí soudu ze dne:

Číslo jednací:

Kontaktní osoby (např. manžel/ka, rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha):

Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Telefonní číslo, e-mail	Adresa

Důvod podání žádosti:

- nepříznivý zdravotní stav
- osamělost
- potřeba celodenní péče a podpory

jiný důvod:

Prosím, napište očekávání, požadavky a osobní cíle zájemce:

Prohlášení zájemce:

Zájemce prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.

Zájemce bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování sociální služby neprodleně sdělí dokumentační sestře.



Souhlasím, aby mé osobní údaje byly Poskytovatelem sociální služby zpracovávány ve smyslu zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, v souladu s tímto zákonem. Zároveň beru na vědomí, že moje osobní údaje budou archivovány a skartovány dle příslušných právních norem.

V

Dne:

.....

Vlastnoruční podpis zájemce nebo zákonného zástupce:

.....