ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

**JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O POSKYTOVÁNÍ PS**

**Pečovatelská služba Chelčického domova sv. Linharta**

Chelčický domov sv. Linharta, o.p.s., Chelčice 1, Vodňany 389 01, tel. 607 023 694, e-mail: pecovatelskasluzba@linhart-chelcice.cz

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  | **Bydliště:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Telefon :** |  | **Email:** |  |
| **Příspěvek na péči:** Stupeň: |  | **Mimořádné výhody:** |  |
| **Kontaktní osoba**(+telefon): |  | **Ošetřující lékař**  |  |
| **Z jakého důvodu a s jakým očekáváním žádám o poskytování sociální služby (vaše potřeby a očekávání):** |  |
| **Další důležité údaje, které chci sdělit:** (zdravotní stav, rodinný stav, bydlení, krizová situace, právní způsobilost apod.) |
| **Podpis zájemce:** |  | **Dne:** |  |
| **Žádost přijal :** |  | **Dne:** |  |
| **Údaje o vyřízení žádosti:** |

Osobní údaje a informace uvedené v této žádosti slouží pouze pro účely sjednání PS a nebudou poskytovány jiným subjektům, zájemce svým podpisem dává souhlas se zpracováním a uchováním svých osobních údajů.