ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O POSKYTOVÁNÍ SR

**Sociální rehabilitace Chelčického domova sv. Linharta**

Chelčický domov sv. Linharta, o.p.s., Chelčice 1, Vodňany 389 01, tel. 725 951 695, e-mail: [info@linhart-chelcice.cz](mailto:info@linhart-chelcice.cz)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | |  | | **Bydliště :** | |  |
| **Datum narození:** | |  | |
| **Telefon :** | |  | | **Email:** | |  |
| **Příspěvek na péči:** Stupeň: | |  | | **Mimořádnévýhody:** | |  |
| **Kontaktní osoba**  (+telefon): | |  | | **Ošetřující lékař** | |  |
| **Zdravotní stav:**  (možno doložit lékařskou zprávou) | |  | | | | |
| **Z jakého důvodu a s jakým očekáváním žádám o poskytování sociální služby :** | |  | | | | |
| **Další důležité údaje:** (rodinný stav, bydlení, krizová situace, právní způsobilost apod.) | | | | | | |
| **Datum :** |  | | **Podpis zájemce:** | |  | |
| **Žádost přijal :** |  | | **Dne :** | |  | |
| **Údaje o vyřízení žádosti:** | | | | | | |

Osobní údaje a informace uvedené v této žádosti slouží pouze pro účely sjednání SR a nebudou poskytovány jiným subjektům. Svým podpisem zájemce vyjadřuje souhlas se zpracováním a uchováním svých osobních údajů.