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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.