

NADĚJE

ŠKOLNÍ 5336, 430 01 CHOMUTOV

TÝM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

+420 778 980 756, KAROLINA.RATHOUSKA@NADEJE.CZ



**ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ DO SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE**  
Tým duševního zdraví

1) ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Místo bydliště:
Korespondenční adresa:
Telefonní číslo, e-mail:
Státní občanství:

1/2

2) NEZLETILÝ:

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Místo bydliště:
Korespondenční adresa:
Telefonní číslo, e-mail:
Státní občanství:

Důvod podání žádosti

--

Docházíte do psychiatrické ambulance? (prosím zakroužkujte)

ANO X NE

Pokud ano, prosím vypište jméno psychiatrického lékaře

Zdravotní znevýhodnění týkající se nezletilého dítěte (prosím zakroužkujte)

ANO X NE

Pokud ano, prosím vypište:

2/2

#### Prohlášení zájemce

**Souhlasím**, aby údaje v žádosti byly použity pro účely přijetí do služby sociální rehabilitace a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

**Souhlasím** se zařazením do čekací listiny zájemců o službu v případě, že je v době podání mé žádosti naplněna kapacita sociální služby.

Dne .....

V .....

Podpis zájemce o službu .....

Prosím, tuto část NEVYPLŇUJTE.

#### Potvrzení o přijetí žádosti

Jméno, příjmení a podpis pracovníka, který žádost přijal:

Datum přijetí:

Razítko: