

NADĚJE, POBOČKA ZLÍN

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

PŘÍLOHA Č. 5

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Dům Naděje Zlín, Bratří Sousedíků 3016, 760 01 Zlín, tel.: 577 006 811

|  |
| --- |
| 1. Jméno a příjmení žadatele: |
| Rodné příjmení: |
| Datum narození a místo: |
| Adresa trvalého bydliště: |
| Adresa nynějšího pobytu žadatele:  Telefonní kontakt: |

|  |  |
| --- | --- |
| Státní příslušnost: | Rodinný stav: |
| Povolání: | |
| Osobní záliby: | |
| Stupeň závislosti: lehká středně těžká těžká úplná | |

|  |
| --- |
| 2. Kontaktní osoba (rodinný příslušník, jiná blízká osoba žadatele), |
| Jméno a příjmení: |
| Adresa: |
| Vztah k žadateli: |
| Telefonní kontakt: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. Rodina (manželka, rodiče, děti, vnuci, ostatní příbuzní): | | |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský vztah k žadateli | Adresa, telefon |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4. Důvody žádosti: | | |
|  | | |
|  | | |
| 5. Opatrovník, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti, nebo jiný zástupce, podpůrce: | | |
| Jméno a příjmení: | | |
| Adresa, telefon: | | |
| Rozsah omezení svéprávnosti: | | |

|  |
| --- |
| 6. Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb:  Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl správně.  Ve……………, dne…………………  ………………………  Podpis žadatele, opatrovníka |