



PŘÍLOHA Č. 5

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Dům Naděje Zlín, Bratří Sousedníků 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 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

