



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY – SOCIÁLNÍ REHABILITACE
Tým duševního zdraví pro děti a mládež

1) 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: