

Žádost o zahájení poskytování služby v DOZP Trmice př.č.

Razítko a den podání žádosti

Občanský průkaz

Číslo

série

Rodné číslo žadatele

1. Příjmení: Jméno:

Rodné příjmení:

2. Datum narození (den, měsíc, rok):

Místo narození: Okres:

4. Trvalé bydliště: místo:
ulice: čp.:
PSC: telefon:
e - mail:

5. Způsobilost k právním úkonům: *)

a) žadatel je svéprávný

b) žadatel je nezletilé dítě - způsobilost nebyla prozatím řešena

c) žadatel je nezletilé dítě - způsobilost je v řízení

u kterého soudu: č.j.:

d) žadatel byl omezen ve způsobilosti k právním úkonům

rozsudkem kterého soudu:

ze dne: č.j.:

v čem byl omezen (dle rozsudku):

e) žadatel byl zbaven způsobilosti k právním úkonům

rozsudkem kterého soudu:

ze dne: č.j.:

6. Zákonný zástupce žadatele: *)

a) není ustanoven

b) rodič: jméno, příjmení, adresa:

.....

c) poručník: jméno, příjmení, adresa:

rozsudkem kterého soudu:

dne: č.j.:

d) opatrovník: jméno, příjmení, adresa:

usnesením kterého soudu:

dne: č.j.:

7. Nařízení ústavní výchovy: *)

a) ne

b) ano rozsudkem kterého soudu:
ze dne: č.j.: do kdy:

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (zákonného zástupce)

8. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) podle skutečnosti.

Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu.

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti a vyjádření lékaře byly použity při řízení o zahájení poskytování sociální služby.

.....
čitelný vlastnoruční podpis žadatele či jeho zákonného zástupce

Dne:

Případné poznámky: kontakt

*) Škrtněte, co se nehodí

Zdravotní způsobilost:

(kontraindikace k přijetí: zdr.stav , který vyžaduje zdravotní péči, , vysoce náročnou ošetrovatelskou péči, infekční, parazitární onemocnění, tuberkulóza, pohlavní choroba v jakémkoli stádiu, závislost na alkoholu a dalších omamných látkách, psychóza , schizofrenie, autismus)

Praktický lékař:

Psychiatr: