

Datum přijetí žádosti:

**Ž Á D O S T**  
o poskytnutí služeb sociální péče  
**Podpora samostatného bydlení**

1. Žadatel : .....  
Příjmení (rodné příjmení) ..... Jméno (křestní) .....
2. Narozen : .....  
Den, měsíc, rok ..... místo .....
3. Bydliště : .....  
PSČ: ..... Telefon : ..... Email:.....  
Rodinný stav: .....
4. Způsobilost k právním úkonům: \*):
  - a) Žadatel je svéprávný
  - b) žadatel byl omezen ve způsobilosti k právním úkonům  
rozsudkem soudu:.....  
ze dne:..... čj.:.....  
v čem byl omezen (dle rozsudku):.....  
.....
  - c) žadatel byl zbaven způsobilosti k právním úkonům  
rozsudkem soudu:.....  
ze dne:..... čj.:.....  
v čem byl omezen (dle rozsudku):.....  
.....
5. Zákonný zástupce žadatele: \*):
  - a) není ustanoven
  - b) Rodič: Jméno, příjmení, adresa .....  
.....
  - c) Poručník: Jméno, příjmení, adresa .....

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace  
Čajkovského 1908/52, 400 01 Ústí nad Labem – centrum  
Dům pro osoby se zdravotním postižením Trmice

rozsudkem soudu:.....

ze dne:..... čj:.....

d) Opatrovník: Jméno, příjmení, adresa :.....

rozsudkem soudu:.....

ze dne:..... čj:.....

**6. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě.

Jsem si vědom (a) toho, 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

Dne .....

.....  
Vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho opatrovníka

Zdravotní stav, nutnost návštěv lékaře:

Praktický lékař:

Psychiatr:

\*) škrtněte, co se nehodí