

ŽÁDOST

o poskytování ambulantních služeb denního stacionáře

ŽADATEL:

Příjmení: Jméno: Titul:

Rodné příjmení: Datum naroz.: Státní přísluš.:

Stav: Zdravotní pojišťovna: Stupeň závislosti

Trvalý pobyt: Obec: PSČ:

Ulice: Číslo popisné:

Telefon: Mobilní telefon: E-mail:

Způsobilost k právním úkonům: PLNÁ ČÁSTEČNÁ NENÍ ZPŮSOBILÝ

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE ŽADATELE (OPATROVNÍK):

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zákonný zástupce, jiná fyzická osoba), které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče (zmocněnec, opatrovník).

Příjmení: Jméno: Rod.vztah:

Rodné příjmení: Datum naroz. : Státní přísluš.:

Trvalý pobyt: Obec: PSČ:

Ulice: Číslo popisné:

Telefon: Mobilní telefon: E-mail:

Opatrovník ustanoven rozhodnutím okresního soudu v

č.j. ze dne

ŽÁDÁM O POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍCH SLUŽEB DENNÍHO STACIONÁŘE

Ode dne v rozsahu uvedeném v příloze smlouvy č. 1.

Úhradu budu platit: HOTOVĚ PŘEVODEM Z ÚČTU

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI / OSOBY BLÍZKÉ:

Příjmení a jméno: Datum narození:

Rodinný vztah: Telefon / mobil: E-mail:

Bydliště:

Příjemní a jméno: Datum narození:

Rodinný vztah: Telefon / mobil: E-mail:

Bydliště:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ:

MUDr.

Adresa: Telefon:

ZÁSTUPCE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE:

MUDr.

Adresa: Telefon:

JINÝ ODBORNÝ LÉKAŘ:

MUDr.

Adresa: Telefon:

CO OD POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY OČEKÁVÁM, PROČ JI POTŘEBUJI**JAKÝ DRUH ÚKONŮ DENNÍHO STACIONÁŘE SLUŽBY POTŘEBUJI**

V dne

.....
podpis žadatele (zástupce)**PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:**

Prohlašuji, že žádost podávám dobrovolně, veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Svým podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby Městská pečovatelská služba v Lounech, podle § 5 zákona č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, shromáždila a zpracovala moje osobní údaje nezbytně nutné pro poskytování sociálních služeb – podklady pro zpracování smlouvy, evidence rozsahu poskytované služby a další dokumenty, které dobrovolně předám, a to až do doby jejich archivace a skartace.

V dne

.....
podpis žadatele (zástupce)**OSTATNÍ NEPOVINNÉ ÚDAJE, KTERÉ UVÁDÍM DOBROVOLNĚ:**

Zdravotní pojišťovna: rodné číslo:

Druh důchodu výše důchodu:

Příspěvek na péči: BYL - NEBYL přiznán ode dne stupeň závislosti.....

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE:

Uvedte prosím, zda doporučujete žadateli docházet do denního stacionáře (zařízení pro osoby s mentálním postižením ve věku od 15 do 64 let), případně na co by se měli pracovníci zaměřit, jaké kompenzační pomůcky žadatel používá (např. brýle, chodítko, vozík, apod.). Neuvádí se diagnóza.

- stupeň mentálního postižení:

Vdne.....

.....
razítko a podpis lékaře

VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE:

Uvedte prosím, zda doporučujete žadateli docházet do denního stacionáře (zařízení pro osoby s mentálním postižením ve věku od 15 do 64 let), případně na co by se měli pracovníci zaměřit, jaké kompenzační pomůcky žadatel používá (např. brýle, chodítko, vozík, apod.). Vyjádření odborného lékaře se vyžaduje pouze, je-li to nutné v zájmu klienta. Neuvádí se diagnóza.

Vdne.....

.....
razítko a podpis lékaře