

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, příspěvková organizace  
Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří



Podací razítko:

## Žadatel:

Příjmení	Jméno	Datum narození
Trvalé bydliště	Telefon	

**Zákonný zástupce žadatele, je-li omezen ve svéprávnosti nebo je mu soudem ustanoven opatrovník** (prosíme o přiložení usnesení soudu, který ve věci rozhodl a List o ustanovení opatrovníka), zástupce na základě plné moci (prosíme o přiložení plné moci).

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:	Telefon	

## Sociální služba – vyplní zařízení

<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na péči:

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
--

### Kontaktní osoba

Které má být podána zpráva v případě mimořádných situací.

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:	Telefon	

### Příbuzní žadatele nebo osoby blízké žadateli – chcete-li uvést

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:	Telefon	
Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:	Telefon	
Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský vztah
Adresa:	Telefon	

### Sociální situace žadatele:

- žadatel žije sám, nemá nikoho, kdo by se o něj mohl postarat
- žadatel bydlí společně s rodinnými příslušníky
- žadatel má blízké osoby, které ale bydlí mimo bydliště žadatele
- žadatel je umístěn v jiném zařízení sociálních služeb
- žadatel je umístěn ve zdravotnickém zařízení (např. LDN),  
uved'te kde .....

### Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Beru na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře), hradím sám.

Souhlasím s použitím mých osobních údajů podle zákona č. **zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních dat, ve znění pozdějších předpisů**, ve znění pozdějších předpisů, pro vnitřní potřeby Sociálních služeb v Kynšperku nad Ohří, p. o.

V....., dne.....

---

vlastnoruční podpis žadatele  
(příp. opatrovník)

**Žádost doručte spolu s vyjádřením lékaře, které bude předáno vedoucí zdravotního úseku, na adresu: Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, příspěvková organizace, Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří.**

**Případné dotazy Vám zodpoví sociální pracovník na tel. čísle: 352 370 142, 734 519 993, 739 322 400.**

**Veškeré informace naleznete na: [www.ss-po.cz](http://www.ss-po.cz)**

**Aktualizace bude provedena nejdéle 1x za 6 měsíců od zaevidování žádosti a poté vždy po 6 měsících od poslední aktualizace.**

***V případě nepodepsané žádosti žadatelem* nebo nedoložením vyjádření lékaře, že žadatel se není schopen podepsat, nebude žádost zaevidována.**