

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE SPIRÁLA

ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU			
Jméno a příjmení			
Adresa trvalého bydliště			
Kontaktní adresa			
Datum narození			
Telefon		E-mail	
Máte upravenou svéprávnost nebo Vás někdo zastupuje (zmocněnec) *	Ano		Ne
ZASTUPUJÍCÍ OSOBY			
Jména a příjmení zastupujících osob			
Adresa trvalého bydliště			
Kontaktní adresa			
Vztah k zájemci			
Telefon		E-mail	

Kde bydlíte?

- sám/a
- s rodiči
- v sociální službě
- jinde (napište kde)

Co děláte?

- chodím do školy
- jsem doma
- jiná možnost (napište)

Máte práci?

- ano
- ne
- v minulosti jsem práci měl/a

Popište svůj zdravotní stav (jak se projevuje Vaše postižení v běžném životě – v čem Vám brání, co děláte sám/a apod.)

.....
.....
.....

Využíváte či jste v minulosti využíval/a některou ze sociálních služeb (pokud ano, uveďte jakou, jak dlouho)?

.....
.....
.....

Z jakého důvodu potřebujete využívat Sociální rehabilitaci SPIRÁLA – v čem Vám můžeme pomoci, abyste žil/a co nejvíce samostatný život?

.....
.....
.....

Jakou máte představu o Sociální rehabilitaci SPIRÁLA (např. časový rozsah poskytování sociálních služeb, co očekáváte, že se v Sociální rehabilitaci SPIRÁLA můžete naučit apod.)?

.....
.....
.....

Odkud jste se o Sociální rehabilitaci SPIRÁLA dozvěděl/a?

.....

Vyplnil/a jste žádost sám?

- ano
 ne

*** K žádosti doložte:**

- kopie platných dokumentů příslušného soudu ustanovující rozsah úpravy svéprávnosti, osobu opatrovníka a rozsah výkonu opatrovnictví
- případně notářsky ověřenou kopii plné moci, pokud jste ustanovil/a zmocněnce

Přijetí žádosti Vám bude písemně nebo telefonicky oznámeno na uvedené kontakty nejpozději do 5 pracovních dní od data jejího přijetí.

V dne

.....

Podpis zájemce /zastupujících osob

Vyplňuje organizace

Datum přijetí žádosti		Pořadové číslo žádosti	
Forma doručení žádosti			
Jméno a podpis pracovníka, který žádost převzal			
Datum a způsob vyřízení žádosti			
Jméno a podpis pracovníka, který žádost vyřídil			

.....

Podpis a razítko poskytovatele