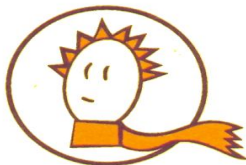


# Denní a týdenní stacionář Jihlava, příspěvková organizace

Královský vršek 1106/9  
586 01 Jihlava



[www.stacionar-jihlava.cz](http://www.stacionar-jihlava.cz)

Tel.: 567 210 270

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY - TÝDENNÍ STACIONÁŘ

|  |  |
|--|--|
| <b>Jméno a příjmení zájemce</b>          |  |
| <b>Datum narození</b>                    |  |
| <b>Adresa trvalého bydliště,<br/>PSC</b> |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Doručovací adresa zájemce</b><br>(nevyplňuje se v případě, že je<br>shodná s trvalým bydlištěm): |  |
| <b>Kontaktní telefon/e-mail</b>   |  |

Požadovaný termín nástupu:

| <b>Rodiče<br/>(zákonní zástupci)</b> | <b>Matka</b> | <b>Otec</b> |
|--------------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Jméno</b>                         |              |             |
| <b>Příjmení</b>                      |              |             |
| <b>Bydliště</b>                      |              |             |
| <b>Telefon</b>                       |              |             |
| <b>E-mail</b>                        |              |             |

## Je zájemce omezený ve svéprávnosti?

ANO

NE

V případě, že ANO:

|  |  |
|--|--|
| <b>Opatrovník (poručník)<br/>ustanovený rozhodnutím<br/>soudu – ze dne</b> |  |
| <b>Jméno a příjmení</b>  |  |
| <b>Bydliště</b>  |  |
| <b>Kontakt (mob., email)</b>   |  |

Má zájemce soudem schválenou **Smlouvou o nápomoci** stanoveného  
podpůrce?

ANO

NE

V případě, že ANO:

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Podpůrce</b>              |  |
| <b>Jméno a příjmení</b>      |  |
| <b>Bydliště</b>              |  |
| <b>Kontakt (mob., email)</b> |  |

Má zájemce soudem schválenou **Smlouvu o zastoupení členem  
domácnosti**?

ANO

NE

V případě, že ANO:

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Zástupce</b>              |  |
| <b>Jméno a příjmení</b>      |  |
| <b>Bydliště</b>              |  |
| <b>Kontakt (mob., email)</b> |  |

### **Kontaktní osoba (pokud je tou osobou někdo jiný než opatrovník):**

Osoba, která bude informována o uvolnění místa v denním stacionáři, o jednání  
se zájemcem o službu apod.

**Jméno a příjmení**

**Bydliště**

**Telefon, email**

**Co očekáváte od služeb stacionáře? Jak by se měla změnit Vaše nepříznivá sociální situace?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Prohlášení zájemce / zákonného zástupce**

Prohlašuji, že veškeré výše uvedené informace jsem uvedl/a pravdivě a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na průběh poskytování sociální služby.

V souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, **svým podpisem uděluji souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů pro řízení o přijetí do zařízení a to až do doby jejich archivace a skartace.

|   |     |   |
|---|-----|---|
| V | dne | Podpis zájemce/zákonného zástupce/opatrovníka |
|---|-----|---|

**Informace o dalším postupu:**

Po obdržení bude Vaše žádost posouzena dle příslušných ustanovení Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006 Sb.

O výsledku posouzení budete písemně informován(a).

V případě kladného výsledku bude Vaše žádost zařazena do „Registru zájemců o službu“, v opačném případě bude Vaše žádost zamítnuta a vrácena.

**Přílohy:**

Potvrzení o aktuálním zdravotním stavu

Kopie rozsudku o omezení svéprávnosti a kopie listiny opatrovníka

Kopie smlouvy o nápomoci stanoveného podpůrce

Kopie smlouvy o zastoupení členem domácnosti

**Žádost podána dne<sup>1</sup>:**.....

<sup>1</sup> Vyplňuje sociální pracovník

**POTVRZENÍ O AKTUÁLNÍM ZDRAVOTNÍM STAVU**  
**- VYPLNÍ PRAKTICKÝ LÉKAŘ ZÁJEMCE**

**1. Zájemce spadá do naší cílové skupiny – osoby s mentálním postižením**

ANO

NE

**2. Zdravotní stav zájemce vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení**

ANO

NE

**3. Zájemce není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci**

ANO

NE

**4. Chování zájemce by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití**

ANO

NE

Dne.....

.....

Razítko a podpis  
ošetřujícího lékaře