



Ošetřovatelský domov Praha 3

Pod Lipami 2570/44, Habrová 2654/2

130 00 Praha 3

IČO: 65990641

D1	D2	D3	D4	D5	D6
Informace pro nastupující klienty	informace o poskytování sociální služby	žádost o poskytnutí sociální služby	dodatek k žádosti	vyjádření praktického lékaře	ceník úhrad

Žádost o poskytnutí

sociální služby

„Domov pro seniory“

platnost od:	1.1.2022
--------------	----------

došlo dne:	
------------	--

jméno, příjmení a titul zájemce:	
datum a místo narození:	
adresa trvalého pobytu:	
adresa aktuálního pobytu:	
preferované datum nástupu:	

Zájemce o službu:

- má plnou svéprávnost a je schopen samostatného jednání
- má plnou svéprávnost, ale není schopen samostatného jednání
- na základě plné moci má určeného zmocněnce, který za něj jedná
- má soudem omezenou svéprávnost a soudem stanoveného opatrovníka

jméno, příjmení a titul opatrovníka (zmocněnce):	
příbuzenský vztah k zájemci:	
adresa aktuálního pobytu:	
telefon:	
e-mail:	

Žadatel podpisem této žádosti potvrzuje, že kontaktní osoby (ev. jiné osoby blízké) souhlasily s uvedením svých osobních údajů v této žádosti a s jejich následným zpracováním ze strany Ošetřovatelského domova Praha 3 za účelem navázání kontaktu a sdělování důležitých informací o žadateli.

první kontaktní osoba:

jméno, příjmení a titul:	
příbuzenský vztah:	
adresa bydliště:	
telefon:	
e-mail:	



Ošetřovatelský domov Praha 3

Pod Lipami 2570/44, Habrová 2654/2

130 00 Praha 3

IČO: 65990641

druhá kontaktní osoba:	
jméno, příjmení a titul:	
příbuzenský vztah:	
adresa bydliště:	
telefon:	
e-mail:	

Zájemce zde uvede, proč žádá o sociální službu a s čím potřebuje pomoci:

Soběstačnost zájemce:
<ul style="list-style-type: none">- zájemce je zatím soběstačný- zájemce někdy potřebuje pomoc rodiny- zájemce potřebuje pomoc rodiny po celý den- zájemce potřebuje pomoc celý den a pomoc rodiny je již nedostačující

Prohlášení:

Svým podpisem prohlašuji, že údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Svým podpisem dávám OŠD Praha 3 souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchování osobních citlivých údajů (podkladů pro zpracování smlouvy) a evidenci v rozsahu potřebném pro poskytování sociální služby, a to až do doby jejich skartace.

datum a místo	podpis žadatele

Přílohy k žádosti, které je nutné přiložit:

D4 - Dodatek k žádosti

D5 - Vyjádření praktického lékaře

zařazeno do:	odmítnuta	vyřazena
datum zařazení:	z důvodu:	