

ŽÁDOST O PŘIJETÍ

ŽEBŘÍK denní stacionář pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením

ŽADATEL		
Jméno a příjmení:		Pořadové číslo žadatele: (vyplní poskytovatel)
Datum narození:		Bydliště:
Telefon:		Zdravotní pojišťovna:
Pobíráte příspěvek na péči?*	ANO – NE – v řízení	Stupeň příspěvku na péči*:
Popis zdravotního stavu (druh postižení, popis zvláštností, příp. požadavků):		
Rozsah požadovaných služeb:		
Zákonný zástupce		
Jméno a příjmení:		
Bydliště:		Telefon:
Kontaktní osoba (není-li shodná se zákonným zástupcem)		
Jméno a příjmení:		Telefon

***nezodpovězení této položky není důvodem pro neposkytnutí služeb Denním stacionářem Žebřík**
Součástí Žádosti je vyjádření lékaře (potvrzení) o kombinovaném postižení žadatele.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje jsem v této žádosti uvedl pravdivě. Beru na vědomí nutnost bezodkladně oznámit změny v poskytnutých údajích.

Podpisem této žádosti dávám poskytovateli souhlas se zpracováním osobních údajů.

V _____, dne _____

Podpis žadatele: _____

Podpis opatrovníka: _____