



CENTRUM POMOCI z.ú., denní stacionář

IČO: 68899327, Kašparova 2978/1, 733 01 Karviná-Hranice, č. účtu 2601001526/2010,  
tel: 596 347 845, 603734 223, e-mail: [galaxie.karvina@atlas.cz](mailto:galaxie.karvina@atlas.cz), <http://www.galaxie-karvina.cz>

---

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ

DENNÍ STACIONÁŘ, GALAXIE CENTRUM POMOCI z.ú.

Žádost přijal:

Podpis:

Dne:

Číslo žádosti:

<b>PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL ZÁJEMCE:</b>
DATUM A MÍSTO NAROZENÍ:
TRVALÉ BYDLIŠTĚ:  Kontaktní adresa (pokud není stejná jako trvalé bydliště):
SVĚPRÁVNOST a) neomezená b) omezená (specifikovat)
OPATROVNÍK (zákonný zástupce)  Jméno, příjmení, titul:  Doklad č.j.:  Vztah k žadateli:  Kontaktní údaje (adresa, telefon, e-mail):

KONTAKTNÍ OSOBA (dohoda o spolupráci)

Jméno, příjmení, titul:

Vztah k žadateli:

Kontaktní údaje (adresa, telefon, e-mail):

DALŠÍ KONTAKTNÍ OSOBA:

ŠKOLNÍ DOCHÁZKA:

STUPEŇ ZÁVISLOSTI (příspěvek na péči):

PRŮKAZ ZTP/P:

SPECIFIKA ZDRAVOTNÍHO HENDIKEPU:

DŮVOD ŽÁDOSTI K UMÍSTĚNÍ DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

Frekvence docházky:

Strava:

Způsob platby:

Cíl péče:

**POTŘEBY ŽADATELE – V JAKÉM ROZSAHU POTŘEBUJE PÉČI V OBLASTECH:**

pomoc při osobní hygieně:

pomoc při podávání jídla:

pomoc při péči o vlastní osobu (specifikovat):

pohyb, prostorová orientace, pohyb mimo zařízení:

pomoc při obstarávání osobních záležitostí:

aktivizace:

Žadatel souhlasí s uvedením svých osobních údajů v rámci předmětné žádosti s tím, že s nimi bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů. Žadatel se zavazuje, že v případě změny uvedených údajů, bezodkladně tuto skutečnost nahlásí poskytovateli.

**Žadatel byl seznámen s vnitřními pravidly Poskytovatele pro poskytování sociální služby. Vnitřní pravidla mu byla předána v písemné podobě, a tato pravidla byla přečtena při provedeném sociálním šetření. Uživatel jakožto příjemce poskytované sociální služby se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.**

Podpis zájemce .....

Podpis opatrovníka (zákonného zástupce) .....

V ..... dne .....

**Příloha k žádosti:** Vyjádření lékaře