



**Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.**

**Lidická 86, 796 01 Prostějov, IČ: 479 21 293**

Pečovatelská služba, Bezručovo nám. 9, 796 01 Prostějov, tel.: 582 342 624, 736 625 466

**Datum přijetí žádosti:**

**Stav žádosti:**

Přijata

Zamítnuta (důvod)

## **ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ		DATUM NAROZENÍ	
BYDLIŠTĚ			
MÍSTO POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY:			
TELEFON			
E-MAIL:			
<b>Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku.</b> (V případě, že je naplněná kapacita a službu není možné poskytnout okamžitě).			
<b>ANO                      NE</b>			
<b>Důvod podání žádosti.</b> Popište prosím, proč máte zájem využívat pečovatelskou službu, jaké jsou vaše potřeby a očekávání od služby. ..... ..... .....			
KONKRÉTNÍ ÚKONY	a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu v domácnosti nebo SOH c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy d) pomoc při zajištění chodu domácnosti e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím f) fakultativní služby		

**Kontakt na osobu, která má být informována v případě potřeby:**

Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSČ), telefon, mobil, e-mail, vztah k žadateli

.....  
.....

Je-li žadatel/ka **omezen/a ve svéprávnosti**, uveďte jméno, adresu a telefon **opatrovníka**, (nutno přiložit rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka).

.....  
.....

ŽÁDÁM O ZAVEDENÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY OD:	
---	--

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Souhlasím se zpracováním mých osobních a citlivých údajů pro účely posouzení mé žádosti o přijetí do Centra sociálních služeb v Prostějově, p. o. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci.

Datum:

.....  
podpis žadatele/ky

**Poznámka:**

- 1) Je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti, podepisuje žádost soudem stanovený opatrovník.
- 2) Podpis na žádosti může provést osoba, která zastupuje osobu ve vyřizování přijetí do CSSP na základě plné moci – je třeba doložit plnou moc nebo dodat potvrzení od lékaře, že se osoba není schopna podepsat.
- 3) V případě, že již žadatel/ka nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popřípadě na telefon: 582 342 624, 736 625 466

**Přílohy k žádosti (označte křížkem):**

- Plná moc** - pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel/ka.
- U žadatele/ky omezené/ho ve svéprávnosti – ověřenou **kopii rozhodnutí soudu** o omezení svéprávnosti a **usnesení / listinu** o ustanovení opatrovníka.