



Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.
Lidická 86, 796 01 Prostějov, IČ: 479 21 293
Tel. 778 762 960 – sociální pracovnice

Datum přijetí žádosti:

Stav žádosti:

Přijata

Zamítnuta (důvod)

Žádost o poskytnutí sociální služby Denní stacionář Pivoňka

Žadatel/ka:

(jméno, příjmení)

Narozen/a:

(den, měsíc, rok)

Trvalé bydliště:

Místo aktuálního pobytu:

Telefon (mobil):

E-mail:

Popište prosím, proč máte zájem využívat služby denního stacionáře. Dále prosím napište, kdo Vám ve Vašem každodenním životě pomáhá, v čem konkrétně Vám pomáhá a jakým způsobem

Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku. (V případě, že nemáte pevně určený termín nebo je v tomto termínu naplněná kapacita).

ANO

NE

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

Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSC), 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).

.....
.....
.....

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: 778 762 960.

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.

Vyjádření komise (vyplňuje CSSP):

- **žádost byla přijata k dalšímu posouzení**
- **žádost nebyla přijata z důvodu:**

.....
.....

Podpisy členů komise:

Vyjádření praktického lékaře k žádosti o poskytnutí služby denní stacionář.

Jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Adresa bydliště:	

Cílová skupina uživatelů Denního stacionáře Pivoňka: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením

Potvrzuji tímto, že žadatel spadá do cílové skupiny pro poskytnutí služby denní stacionář a zároveň není osobou:

- **S přidruženým těžkým stupněm tělesného postižení (osoba trvale upoutaná na lůžko)**
- **S přidruženými těžkými smyslovými vadami zraku a sluchu (osoba, která potřebuje pro komunikaci zvláštní pomůcky a dovednosti – Braillovo písmo, znaková řeč)**

Zároveň potvrzuji, že žadatel netrpí v současné době infekční chorobou.

V Prostějově dne:

.....

Razítko a podpis praktického lékaře