



Žádost o poskytování sociálních služeb v Domově Mladá

Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb, př. org.,
Rakouská 552, 289 23 Milovice

tel.: 325 575 001, e-mail: info@domovmlada.cz, KB číslo účtu 20136191/0100

Zájem o sociální službu Domova Mladá a) Denní stacionář* b) Domov pro osoby se zdravotním postižením*	Datum podání žádosti (vyplní Domov Mladá)												
1) Žadatel Příjmení a jméno: Datum narození: Státní příslušnost: Adresa trvalého pobytu + PSČ: Adresa současného pobytu + PSČ: (v případě, že není shodná s adresou trvalého pobytu) Te lefon: Email:													
2) Dobrovolné údaje <table><tr><td>Příspěvek na péči:*</td><td>I. stupeň</td><td>III. stupeň</td><td>žadatel nepobírá PnP</td></tr><tr><td></td><td>II. stupeň</td><td>IV. stupeň</td><td>probíhá řízení o přiznání PnP</td></tr><tr><td>Žadatel pobírá důchod:*</td><td>Ano</td><td>Ne</td><td></td></tr></table>		Příspěvek na péči:*	I. stupeň	III. stupeň	žadatel nepobírá PnP		II. stupeň	IV. stupeň	probíhá řízení o přiznání PnP	Žadatel pobírá důchod:*	Ano	Ne	
Příspěvek na péči:*	I. stupeň	III. stupeň	žadatel nepobírá PnP										
	II. stupeň	IV. stupeň	probíhá řízení o přiznání PnP										
Žadatel pobírá důchod:*	Ano	Ne											
3) Zástupce žadatele (opatrovník, zákonný zástupce nebo osoba pověřená plnou mocí*) Příjmení a jméno: Příbuzenský vztah: Adresa trvalého pobytu + PSČ: Telefon: Email:													
4) Jiná kontaktní osoba odlišná od bodu 1) a 3) Jméno a příjmení: Adresa trvalého pobytu: Vztah k žadateli: Telefon: Email:													

5) plnění povinné školní docházky		
a) osvobozen od školní docházky*	ANO	NE
b) jaký typ školského zařízení žadatel navštěvuje/navštěvoval:		
6) Žadatel v současné době:		
a) žije s rodinou		
b) využívá služeb jiného zařízení – kterého:		
c) jinak:		
7) Čím žadatel odůvodňuje nutnost podání žádosti o poskytování sociálních služeb v Domově Mladá?		
8) Potřeby a očekávání zájemce o službu:		

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek požadování náhrady vzniklé škody, popřípadě ukončení poskytování sociální služby.

V..... dne

.....

Podpis žadatele (zákonného zástupce, opatrovníka)

*nehodící se škrtněte

Nezbytnou součástí žádosti je vyplněná příloha „Vyjádření lékaře“.