# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE- DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Centrum Kociánka, Kociánka 2, 612 47 Brno

|  |  |
| --- | --- |
| Den podání žádosti:*(nevyplňovat)* | Označení žádosti:*(nevyplňovat)* |

**I. Zájemce o službu**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení zájemce |  |
| **Datum narození** |  |
| **Adresa trvalého pobytu, PSČ** |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresa aktuálního místa pobytu, příp. adresa, kam je možné zasílat poštu** (je-li odlišná od trval. pobytu) |  |
|  |
|  |
| Kontaktní telefon/e-mail |  |

|  |
| --- |
| **Požadovaný termín nástupu:** |

**Navštěvuje/nebo bude navštěvovat zájemce školu?**

□ ANO □ NE

V případě, že ANO:

|  |
| --- |
| Zájemce navštěvuje / bude navštěvovat školu: |
| základní škola | střední škola | jiná |

**II. Zastupující osoba** (zákonný zástupce, poručník, opatrovník, jiný soudem schválený zástupce, zastupující osoba na základě plné moci)

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Forma zastoupení** \*) |  |
| **Kontaktní adresa** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

\*)v případě soudem stanoveného opatrovníka či soudem schválené jiné formy zastupování doložte k žádosti kopii rozhodnutí soudu. V případě zastoupení na základě plné moci, doložte kopii plné moci

**III. Důvod podání žádosti o službu** (popis nepříznivé sociální situace, očekávání, požadavky, potřeby, cíle, které chce zájemce prostřednictvím služby dosáhnout)

|  |
| --- |
|  |

**IV. Prohlášení pro zařazení do okruhu osob, pro které je služba určena**

**Zájemce prohlašuje**, že je osobou se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení ve věku 6 – 40 let:\*\*)

* s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením
* s tělesným postižením
* s kombinovaným postižením (tělesným a přidruženým lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením)

**Zájemce prohlašuje**, že: \*\*)

**□** je **□** není osobou s těžkým stupněm specifických smyslových vad (ztráta zraku či sluchu)

**□** je **□** není osobou s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením

**□** je **□** není osobou s poruchami chování, které by vážným způsobem narušovalo kolektivní soužití a s chováním, které vyžaduje vysokou míru podpory

\*\*) vybranou odpověď označte

**V souladu s § 91 odst. 4) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vyzve poskytovatel zájemce před uzavřením smlouvy o poskytnutí služby sociální péče k předložení posudku praktického lékaře.**

|  |
| --- |
| **Prohlášení zájemce/zastupující osoby** |
| Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé. |
| V dne:  | Podpis zájemce /zastupující osoby  |

**Přílohy:**

* Kopie rozsudku o omezení svéprávnosti a kopie listiny o jmenování opatrovníka (případně kopie rozhodnutí soudu o jiné formě podpory)
* Kopie plné moci, v případě zastupování zájemce na základě plné moci

**Kontakt:**

PhDr. Milan Mundier, DiS., sociální pracovník

Telefon: 515 504 220, 775 404 018

Email: milan.mundier@kocianka.cz
<http://www.cenrumkocianka.cz>