ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ

**Do zařízení Domov AMBROSIE, budova LDN, Školní 1286, 735 14 Orlová**

Všechny údaje, uvedené v žádosti, slouží pro lepší orientaci poskytovatele sociálních služeb. Umožňují nám lépe porozumět a vyhovět požadavkům, představám a potřebám našich klientů.

## Údaje o žadateli

**Jméno, příjmení**
(i rodné příjmení) a titul) ……………………………………………………………………………………………………………

**Datum narození** ……………………………………………………………………………………………………………

**Stav** svobodný(á)   /   ženatý   /   vdaná   /   rozvedený(á)   /   ovdovělý(á)

**Trvalé bydliště**
(ulice, č.p., obec, PSČ) ……………………………………………………………………………………………………………

**Přechodné bydliště**
(pokud se liší od trvalého) ……………………………………………………………………………………………………………

**Telefonní kontakt:** ……………………………………………………………………………………………………………

**Email:** ……………………………………………………………………………………………………………

**Zdravotní pojišťovna:** ……………………………………………………………………………………………………………

## Finanční situace žadatele

**Pobíráte příspěvek na péči?** **ANO / NE**(nehodící se škrtněte)

**Pokud ne, chcete pomoci při vyřízení tohoto příspěvku?**

**Druh důchodu, který pobíráte:**

**Exekuce?**(můžeme pomoci s úpravou plateb)

## Kontakty

**Jméno a příjmení   /   Příbuzenský poměr k žadateli  /   Telefonní číslo**

1. …………………………………………………………………………………….………………………….……………………………….……

2. …………………………………………………………………………………….………………………….……………………………….……

3. …………………………………………………………………………………….………………………….……………………………….……

## Předávání informací

**Kdo má být informován o změně zdravotního stavu nebo hospitalizace?**

**Jméno, příjmení** ……………………………………………………………………………………………………………

**Adresa**  ……………………………………………………………………………………………………………

**Telefonní kontakt:** ……………………………………………………………………………………………………………

## Způsobilost žadatele k právním úkonům

Pokud je žadatel zbaven nebo omezen způsobilosti k právním úkonům, uveďte prosím, na základě
jakého rozhodnutí, kdo a kdy o tom rozhodl.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Ustanovený zákonný zástupce

**Jméno, příjmení** ……………………………………………………………………………………………………………

**Adresa**  ……………………………………………………………………………………………………………

**Telefonní kontakt:** ……………………………………………………………………………………………………………

## Praktický lékař žadatele

**Jméno, příjmení** ……………………………………………………………………………………………………………

**Adresa**  ……………………………………………………………………………………………………………

**Telefonní kontakt:** ……………………………………………………………………………………………………………

Důvod podání žádosti

## Přání, požadavky a očekávání

Co očekávám od sociální služby, jaké mám přání a požadavky:

Prohlášení žadatele

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i neuzavření nebo ukončením smlouvy o poskytování služby v zařízení Ambrosie.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle z. č. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů zařízením Ambrosie, a to v rozsahu uvedeném v žádosti pro účely zařízení o poskytování sociální služby.

V  ……………………….. ……………………………………………...………...………...……

Dne  ……………………….. Čitelný vlastnoruční podpis žadatele
                                                                                                  (zákonného zástupce)

-------------------------------------------

Abychom mohli žádost zpracovat, je třeba přiložit aktuální posudek praktického lékaře a posudky z odborných ambulancí, do kterých žadatel dochází. Formulář vyjádření praktického lékaře ve formátu \*.doc naleznete na webových stránkách [www.ambrosie.cz](http://www.ambrosie.cz), nebo Vám jej rádi na vyžádání zašleme elektronickou poštou (domov@ambrosie.cz).