



**Žádost o poskytování pobytové sociální služby
v domově se zvláštním režimem Oáza pokoje
dle §50 zákona č.108/2006 Sb., v platném znění**

ZÁJEMCE O SLUŽBU
Jméno a příjmení, titul:
Datum narození:
Kontaktní adresa:
Telefon:
Zákonný zástupce (vyplňte v případě, pokud je zájemce o službu omezen ve svéprávnosti nebo není schopen ze zdravotních důvodů sám jednat):
Jméno a příjmení, titul:
Kontaktní adresa:
Telefon:
Kontaktní osoba pro spolupráci s poskytovatelem službv (nevyplňujte, pokud je kontaktní osoba shodná s osobou zájemce, zákonného zástupce):
1. Jméno a příjmení, titul:
Kontaktní adresa:
Telefon:
2. Jméno a příjmení, titul:
Kontaktní adresa:
Telefon:
Vztah k Moravskoslezskému kraji (zakřížkujte):
☐ rodiště, bydliště, rodina ☐ žádný ☐ jiný (uved'te):

Schopnost chůze (zakřížkujte):	
☐ bez omezení ☐ využívám invalidní vozík ☐ jsem imobilní ☐ s omezením (upřesněte):	
Nemůžete žít ve svém přirozeném prostředí, potřebujete pomoc druhé osoby při péči o Vás s hygienou, se stravováním, apod. (zakřížkujte):	
☐ ano	☐ ne

POUČENÍ PRO ZÁJEMCE O SLUŽBU, ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE A KONTAKTNÍ OSOBY

1. O posouzení Vaší žádosti Vás budeme informovat písemně do 30 dnů od přijetí žádosti.
2. Vyjádření lékaře (ke stažení na našich webových stránkách) je povinnou přílohou této žádosti.

Podpis zájemce o službu

Podpis 1. kontaktní osoby
(pokud je uvedena v žádosti)

Podpis zákonného zástupce
(pokud je uveden v žádosti)

Podpis 2. kontaktní osoby
(pokud je uvedena v žádosti)

Vyjádření komise:

Za Oázu pokoje posoudili:
