

 **Datum přijetí žádosti**

**Žádost o poskytnutí pobytové odlehčovací služby**

dle § 44 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

|  |
| --- |
| **ŽADATEL O SLUŽBU** |
| Jméno a příjmení, titul: |
| Datum narození: |
| Kontaktní adresa: |
| Telefon:  | Email: |
| **Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti, uveďte zákonného zástupce** (nutno doložit doklady): |
| Jméno, příjmení:  |
| Kontaktní adresa: |
| Telefon:  | Email: |

|  |
| --- |
| **PEČUJÍCÍ OSOBA, PŘÍP. RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK** |
| Jméno, příjmení: |
| Vztah k žadateli: |
| Telefon:  | Email: |

|  |
| --- |
| **ŽÁDÁM O POSKYTNUTÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY v době od: do:**(služba je poskytována nejdéle na 3 měsíce) |

**DŮVOD POSKYTNUTÍ SLUŽBY:**

**OČEKÁVÁNÍ OD NAŠÍ SLUŽBY:**

**POVINNÉ PŘÍLOHY PŘIKLÁDANÉ K ŽÁDOSTI:**

1. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele – o aktuálním stavu, doložit je potřeba 1 měsíc před zahájením poskytování služby maximálně v době sociálního šetření.

2. V případě, že žadatel není schopen sám za sebe jednat, je nutné doložit doklad o jiné formě zákonného zastupování dle zák. č.89/2012 Sb., občanský zákoník

Poznámka: **před zahájením využívání služby je nutno vše výše uvedené aktualizovat!**

Informace o zpracování osobních údajů najdete na stránkách Charity Frýdek – Místek: [www.charitafm.cz](http://www.charitafm.cz) nebo Vám je na požádání poskytne sociální pracovnice Charitní odlehčovací služby.

 Podpis žadatele o službu Podpis pečující osoby

 Podpis zákonného zástupce

**Adresa: Mariánské náměstí 1287, 738 01 Frýdek-Místek, email:** **odlehcovaci.sluzba@charitafm.cz**