**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: | | |
| Trvalé bydliště: | | |
| Telefon: | | Email (pro zaslání Fa): |
| **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: | | |
| Trvalé bydliště: | | |
| Telefon: | Email (pro zaslání Fa): | |
| **DALŠÍ KONTAKTNÍ OSOBA (není nutné)** | | |
| Jméno, příjmení: | | |
| Vztah k žadateli: | | |
| Telefon: | Email: | |

|  |
| --- |
| **ŽÁDÁM O POSKYTNUTÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY v době**  **od: do:** |
| **od: do:** |
| **od: do:** |

|  |
| --- |
| **DŮVOD POSKYTNUTÍ SLUŽBY (hospitalizace, dovolená, oddech pečující osoby,… ):** |
|  |

|  |
| --- |
| **OČEKAVANÍ OD NAŠÍ SLUŽBY:** |
|  |

**POVINNÉ PŘÍLOHY PŘIKLÁDANÉ K ŽÁDOSTI:**

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

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

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.