**Žádost o poskytnutí sociální služby**

**Odlehčovací služba (terénní formou)**

 (dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

**Žadatel**:

Jméno a příjmení: .............................................................................

Datum narození: .............................................................................

Trvalé bydliště: …………….……………………………………

Aktuální bydliště: ………………………………………………….

Kontakt (tel., mail.): ………………………………………………….

**Zákonný zástupce žadatele:**

Forma zastoupení: ………………………………………………….

Příjmení a jméno: ……………………………………….………….

Trvalé bydliště: ..…………………………………………………

Kontakt (tel, mail) .………………………………………………….

**Kontaktní osoby žadatele** (se kterými se může jednat):

 Jméno a příjmení: ………….…………………………………...….
Trvalé bydliště: …………….……………………………………

Aktuální bydliště: ………………………………………………….

Kontakt (tel., mail): ………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………….

Vztah k žadateli: ………………………………………………….

Předpokládaná doba využití služby (od – do), počet dní:

…………………………….....………………………………………………………………..

 **Níže zdůvodněte, proč žádáte o poskytnutí odlehčovací služby:**

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

**Příspěvek na péči**: □ Ne □ Ano - stupeň:…………..

Zažádáno o příspěvek na péči - kdy:…………..

**Je žadatel příjemcem jiné sociální služby?** Ano x ne, jaké:

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že uvedené údaje v této žádosti jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o účelu zpracování svých osobních údajů. Informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na adrese https://www.centrum-ctyrlistek.cz/gdpr/.

O vyřízení žádosti budete písemně informován v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a na základě vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.

 .................................................. ................................................................

 Datum a místo Podpis žadatele/zák. zástupce

**Přílohy k žádosti:**

* Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
* Dotazník o žadateli
* Usnesení soudu o omezení svéprávnosti žadatele
* Souhlas kontaktní osoby

Upozornění:

* K žádosti je nutné doložit Posudek o zdravotním stavu.
* Pokud není žadatel schopen podpisu, je nutné připojit potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu.
* Alespoň 1 x ročně uvést (osobně, telefonicky, e-mailem) případné změny (např. zdravotního stavu, míry soběstačnosti, kontaktů apod.)