**Žádost o poskytnutí pobytové sociální služby**

(zákon č.108/2006 § 48,90)

**Datum podání žádosti: Evidenční číslo:**

(tento údaj prosím nevyplňujte) (tento údaj prosím nevyplňujte)

**1. Žadatel……………………………………………………………………………………………………………...**

Příjmení Jméno Rodné příjmení Titul

**2. Datum narození………………3. Místo narození…………………………4. Okres – Stát……………………………...**

**5. Státní příslušnost…………………...................6. Evidován u zdravotní pojišťovny……………………………………**

**7. Občanský průkaz číslo** (nepovinný údaj**)…………………8. Rodné číslo žadatele** (nepovinný údaj)**…………………………**

**9. Trvalé bydliště…………………………………………………………………………………..........................................**

Město Ulice Číslo popisné/Číslo orientační PSČ kraj-stát

**10. Telefon…………………. 11. Mobilní telefon…………………12. E-mail……………………………**

**13. Aktuální adresa, na které se žadatel v současnosti zdržuje:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………**

Město Ulice Číslo popisné/Číslo orientační PSČ

**14. Telefon…………………15. Mobilní telefon…………………… 16. E-mail…………………………**

**17. Rodinný stav: \*)**  svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem ( družkou)

**18. Příjemce důchodu : ANO – NE \*), typ:** (invalidní starobní vdovský/vdovecký jiný)

**19. Den splatnosti důchodu** (nepovinný údaj)**……………………… ……………………………………………………...…**

**20. Měsíční výše důchodu v Kč** (nepovinný údaj)**……………………………………………………………………………...**

**21. Příjemce příspěvku na péči: ANO – NE \*)**

**22. Stupeň přiznaného příspěvku na péči** (nepovinný údaj)**…………………………………..................................................**

**23. Další pravidelný příjem** (nepovinný údaj)**……………**…**………………………………………………….......................**

**24. Žadatel žije: \*)** sám a bez cizí podpory sám s pomocí žije s rodinou

**25. Žadatel bydlí: \*)** ve vlastním domě vlastním bytě v podnájmu u příbuzných

**26. Bytové podmínky:** **\*)** byt v přízemí nebo s výtahem byt bariérový nebo bez výtahu

**27. V případě přijetí**: **\*)** vrátím městský byt hl.m.Praze byt nevrátím

**28. Děti žadatele:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Adresa** | **Telefon i mobilní** | **e-mail** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**29.Manžel/manželka žadatele (vyplňte pouze v případě, že žije):**

**Mám zájem o společné ubytování: \*) ano – ne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Adresa** | **Telefon i mobilní** | **e-mail** |
|  |  |  |  |  |

**30. Blízcí příbuzní žadatele nebo kontaktní osoby:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Vztah k žadateli** | **Adresa** | **Telefon** | **e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |

**31. V péči praktického lékaře:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Titul Příjmení Jméno Adresa Telefon e-mail

**32. V péči očního lékaře:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Titul Příjmení Jméno Adresa Telefon e-mail

**33. Využíváte v současnosti jiný typ sociální služby? V případě že ano, uveďte jaký:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**34. V případě, že nevyužíváte jiný typ sociální služby, uveďte důvod: \*)**

(Např. sociální služba není v místě mého pobytu k dispozici……… (uveďte): **\*)**

**35. Důvody podání žádosti do domova pro zrakově postižené? \*)**

Krizová situace – domácí násilí úmrtí partnera jiné (uveďte)

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**36. Pobytovou sociální službu potřebuji \*):**

* nastoupím ihned
* nastoupím do 3 měsíců
* nastoupím do 6 měsíců
* nastoupím do 1 roku
* žádost podávám preventivně, zatím na nástup nespěchám
* jiný časový údaj – uveďte jaký

**37. Mimořádné zásluhy: \*)**

člen odboje druh ocenění - (uveďte jaké):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**38. Údaje o zákonném zástupci: \*\*)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Příjmení Jméno adresa telefon e-mail

**39. Rozhodnutí soudu v ……………………ze dne……………………………č. j……………………………………….**

**40. Přílohy**

1) zpráva praktického lékaře (ne starší 3 měsíců)

2) zpráva očního lékaře (ne starší 3 měsíců)

3) poslední výměr důchodu

4) poslední výměr příspěvku na péči

5) informaci o dalších příjmech

**41. Prohlášení žadatele (**zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené v této žádosti jsou úplné a pravdivé.

|  |
| --- |
|  |

**\*) zaškrtněte správný údaj**

**\*\*) vyplňte pouze je-li žadatel omezen na svéprávnosti** Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Žádost odešlete prosím na adresu: Palata – Domov pro zrakově postižené, Na Hřebenkách 737/5, 150 00, Praha 5 - Smíchov