



Domovy sociálních služeb

Kadaň a Mašťov

príspevkova organizace

Březinova 1093, 432 01 Kadaň

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kadaň, Březinova 1093

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kadaň, Dvořákova 1128

Chráněné bydlení Kadaň, Poštovní 951

Datum přijetí žádosti (vyplňuje zařízení):

Datum zařazení do evidence žadatelů :

Zrušení žádosti o služby:

Datum přijetí do zařízení:

Zažádáno o odklad služby:

Žadatel

Jméno a příjmení: *

Rodné příjmení: *

Trvalé bydliště: *

Telefon na žadatele, zák. zástupce, opatrovníka

(případně jiný aktuální kontakt): *

Rodinný stav:

Státní příslušnost:

Druh důchodu a jeho výše:

Příspěvek na péči:

Žádáno o příspěvek na péči (kdy):

Přídavek na dítě: ANO x NE

Jméno a adresa zákonného zástupce/opatrovníka, je-li žadatel omezený ve svéprávnosti:

.....

Rozhodnutí soudu v ze dne Č.j.:

Čerpá, čerpal žadatel sociální službu? Uveďte

* Povinné údaje k vyplnění