

Podací razítko

DOMOV PRO SENIORY LUHAČOVICE  
příspěvková organizace

V Drahách 1105  
763 26 Luhačovice  
Tel: +420 577 131 053  
info@dsluhacovice.cz  
www.dsluhacovice.cz

DS LUHAČOVICE



## ŽÁDOST O UZAVŘENÍ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov pro seniory Luhačovice, příspěvková organizace

ŽADATEL / jméno, příjmení, titul

Datum narození

Státní příslušnost

Trvalé bydliště

Současné místo pobytu (je-li odlišné od trvalého bydliště)

Korespondenční adresa (je-li odlišná od trvalého bydliště žadatele)

Telefon

E-mail

Byl žadatel v minulosti umístěn v zařízení podobného typu?

ANO

NE

Pobyt od - do

Důvod proč ze zařízení odešel:

Z jakých důvodů žádám o poskytování pobytové sociální služby:

KONTAKTNÍ OSOBA / jméno, příjmení, titul

Vztah k žadateli

Telefon

E-mail

Adresa

**OPATROVNÍK (je-li stanoven) / jméno, příjmení, titul**

Vztah k žadateli

Telefon

E-mail

Adresa

Rozhodnutím soudu v

Ze dne

Č.j.

Žádám tímto o uzavření smlouvy o poskytování pobytové sociální služby v Domově pro seniory Luhačovice, příspěvková organizace (dále jen DS Luhačovice). V případě, že kapacita služby neumožní okamžité uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, žádám o zařazení žádosti do evidence žadatelů.

Svým podpisem dávám dle §11 a násl. Zákona č. 101/2000Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění DS Luhačovice souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, které jsou uvedeny v žádosti a jejích přílohách, pro účely přijetí do DS Luhačovice či pro zařazení do evidence žadatelů. Souhlasím, aby DS Luhačovice tyto údaje shromažďoval a zpracovával až do doby jejich archivace a skartace.

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti a přílohách jsou úplné a pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které mohou z vyplnění nepravdivých údajů vyplývat (vyřazení žádosti). Jsem si vědom(a), že zamlčení skutečností, které mají vliv na přijetí, může být důvodem k odmítnutí uzavření smlouvy o poskytování sociální služby.

Jsem si vědom(a), že jsem povinen(a) informovat DS Luhačovice o změnách skutečností, které mají vliv na přijetí (např. Změna zdravotního stavu atp.), ale i o dalších podstatných změnách (změna adresy, kontaktní osoby...).

Lékařský posudek bude vyžadován až před podpisem smlouvy o poskytování služby.

Žádost lze zaslat:

- poštou na adresu: Domov pro seniory Luhačovice, příspěvková organizace, V Drahách 1105, Luhačovice 763 26
- e-mailem na: socialnipracovnice@dsluhacovice.cz , socialnipece@dsluhacovice.cz
- přinést osobně a odevzdat v DS Luhačovice

**S případnými dotazy se obraťte na sociální pracovníci - tel. 734 614 826, 577 159 211, 730 584 438**

V

dne:

---

Podpis žadatele / opatrovníka

### NEVYPLŇUJTE:

Usnesením komise DS Luhačovice bylo rozhodnuto , dne: \_\_\_\_\_

- o zařazení žádosti do evidence žadatelů DS Luhačovice
- o nezařazení žádosti do evidence žadatelů DS Luhačovice z důvodu

---

---

---

Podpisy