



Žádost o poskytnutí sociální služby
Azylový dům pro muže a matky s dětmi

Žádost přijata dne	
Evidenční číslo žádosti	

Osobní a kontaktní údaje žadatele				
Příjmení a jméno žadatele				
Rodné příjmení				
Datum narození		Rodné číslo		
Místo narození				
Trvalé bydliště, PSČ				
Poslední místo pobytu				
Telefonní kontakt		E-mail		
Státní příslušnost				
Zdravotní pojišťovna				
Rodinný stav	svobodný(-á)	ovdovělý(-á)	rozvedený(-á)	ženatý/vdaná
Vzdělání	základní	vyučen (-a)	středoškolské	vyšší odborné vysokoškolské

Lékařská péče o žadatele	
Praktický lékař	
Jméno a příjmení	
Adresa	

Důvod žádosti a očekávání od poskytované služby



Děti:	
Příjmení a jméno	
Datum narození	
Školské zařízení	
Dětský lékař	Město
Otec:	
Zdravotní pojišťovna	

Příjmení a jméno	
Datum narození	
Školské zařízení	
Dětský lékař	Město
Otec:	
Zdravotní pojišťovna	

Příjmení a jméno	
Datum narození	
Školské zařízení	
Dětský lékař	Město
Otec:	
Zdravotní pojišťovna	

Příjmení a jméno	
Datum narození	
Školské zařízení	
Dětský lékař	Město
Otec:	
Zdravotní pojišťovna	



Příjmení a jméno			
Datum narození			
Školské zařízení			
Dětský lékař		Město	
Otec:			
Zdravotní pojišťovna			

Příjmení a jméno			
Datum narození			
Školské zařízení			
Dětský lékař		Město	
Otec:			
Zdravotní pojišťovna			

Omezení svéprávnosti		
Omezení svéprávnosti	ano	ne
Příjmení a jméno opatrovníka		
Adresa bydliště opatrovníka		
Telefon opatrovníka		
UPOZORNĚNÍ - v případě omezení svéprávnosti žadatele přiložte kopii rozhodnutí soudu.		

Prohlášení a souhlasy

Souhlasím se zařazením Žádosti o poskytnutí sociální služby – azylový dům do evidence žadatelů, pokud v uvedeném zařízení nebude aktuálně volné místo: **ANO – NE**

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje vyplnil (-a) pravdivě a dle aktuálních skutečností. Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování a shromažďování osobních i citlivých údajů podle příslušných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracovávání osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu, po kterou bude žádost v pořadníku žadatelů a případně po celou dobu poskytování příslušné sociální služby až do doby archivace a skartace.

Datum vyplnění žádosti:

.....
podpis žadatele