



# Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci

**Parmská 390, 109 00 Praha 10**

fax: 271 962 090 tel.: 271 962 089 e-mail : [vrchnisestra@csop-praha15.cz](mailto:vrchnisestra@csop-praha15.cz)

## ŽÁDOST K UMÍSTĚNÍ UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO ODLEHČOVACÍ POBYTOVOU SLUŽBU

Jméno a příjmení: .....stav.....

Bydliště: .....

RČ žadatele: ..... datum narození.....

Kontaktní osoba..... vztah:.....

Bydliště: .....

Tel. spojení: ..... e-mail:.....

Kontaktní osoba..... vztah:.....

Bydliště: .....

Tel. spojení: ..... e-mail:.....

Číslo účtu na vratky: .....

Služby o které mám zájem: VIZ SAZEBNÍK ÚKONŮ

Zavedeno od : .....

Nedílnými přílohami této žádosti o odlehčovací pobytové služby jsou :

*Vnitřní pravidla pro poskytování odlehčovacích pobytových služeb, dotazník , ceník úkonů,  
postup řešení stížnosti*

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s jejich obsahem a souhlasím s nimi.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., v rozsahu: datum narození, rodné číslo, adresa bydliště, adresa kontaktní osoby a její telefon.

Osobní cíl:

krátkodobý

dlouhodobý

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

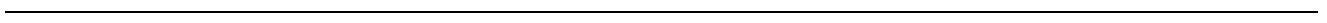
Jméno lékaře a telefon :

.....

Zdravotní pojišťovna :

.....

Poznámka:



V Praze, dne : .....

Podpis žadatele : .....