



SLEZSKÁ DIAKONIE

NOE Ostrava, podpora samostatného bydlení
Ke Kamenině 178/17, Ostrava – Hrušov, 711 00
psb.ostrava@slezskadiakonie.cz, 731 128 449

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ

1. Zájemce o službu

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Telefon: _____

Email: _____

Kontaktní adresa (uvést v případě, že je odlišná od adresy trvalého bydliště):_

2. Zákonný zástupce, opatrovník či jiná kontaktní osoba

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____

Email: _____

Kontaktní adresa: _____

3. Důvody, proč chcete službu využívat

4. Vaše potřeby a očekávání

5. Od kdy máte zájem o využívání služby

6. Jiné důležité informace, poznámky

Datum

Podpis (zájemce o službu)

Datum

Podpis (zák. zástupce, opatrovník)

Datum přijetí žádosti _____

Evidenční číslo _____

Nevyplňujte – vyplní poskytovatel sociální služby po přijetí žádosti



SLEZSKÁ DIAKONIE

NOE Ostrava, podpora samostatného bydlení
Ke Kamenině 178/17, Ostrava – Hrušov, 711 00
psb.ostrava@slezskadiakonie.cz, 731 128 449

Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu klienta před přijetím do služby NOE Ostrava, podpora samostatného bydlení

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

1. Prosím zaškrtněte, zda žadatel/-ka:

- je osoba s lehkým mentálním postižením
- je osoba se středně těžkým mentálním postižením
- je osoba s těžkým mentálním postižením
- je osoba s hlubokým mentálním postižením
- není osoba s mentálním postižením

2. Prosím zaškrtněte, zda žadatel/-ka:

- má přidružené postižení v kombinaci s mentálním postižením - uveďte jaké:

- nemá přidružené postižení

2. Prosíme o vyjádření, zda trpí žadatel/-ka takovým onemocněním či zdravotním omezením, které by mohlo bránit v poskytování terénní sociální služby, nebo o kterém by pracovníci měli být informováni, aby předešli případným rizikům při poskytování sociální služby (např. záchvatovité onemocnění, duševní onemocnění, infekční choroba, vady zraku, sluchu apod.)

Vyjádření lékaře: _____

Dne:

Razítko a podpis lékaře: