**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení**  **zájemce o službu:** | | | | |
| **Datum narození:** | | | | |
| **Trvalé bydliště:** | | | **Telefon:** | |
| **Město:** | | **PSČ:** | **e-mail:** |
| Adresa současného pobytu, pokud je jiná než trvalé bydliště:  **Ulice a čp.:**  **Město, PSČ:** | | | | |
| * **Souhlasím** se zařazením do POŘADNÍKU ŽADATELŮ O SLUŽBU * **Nesouhlasím** se zařazením do POŘADNÍKU ŽADATELŮ O SLUŽBU | | | | |
| **JEDNÁNÍ V ZASTOUPENÍ** (dle § 45; § 49; § 55 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku) | | | | |
| Stupně *(prosím zaškrtněte X)* | | **Osoba pověřena zastupováním**  ***(jméno, příjmení, kontaktní údaje)*** | |
|  | Nápomoc při rozhodování / podpůrce |  | |
|  | Zastoupení členem domácnosti |  | |
|  | Osoba zastoupena opatrovníkem |  | |

**SOCIÁLNĚ-TERAPEUTICKÁ DÍLNA EFFATHA KOPŘIVNICE**

Dne …………………………… ………………………………………………………………

*(jméno, příjmení a podpis zájemce a/nebo opatrovníka)*