# CSP **Centrum sociální pomoci Litoměřice**

# **příspěvková organizace**

# **Dlouhá 75**

# **410 22 LOVOSICE**

*(Prosíme nevyplňovat) –* Sociální šetření ☐ Datum podání žádosti……………………

Evidence žádosti ☐

**Žádost o umístění do zařízení domova se zvláštním režimem**

**Žádost o umístění do:**

(upřednostňované zařízení zaškrtněte)

**B) Domov důchodců Čížkovice**

**B) Domov důchodců Libochovice**

## Žadatel/ka: …………………. ……………………………………

## jméno příjmení

## Narozen/a: ………………………….

den, měsíc, rok

## Trvalé bydliště: …………………………………………………………………………….

## Kontaktní adresa, telefon: ………………………………………………………………...

## Omezení ve svéprávnosti omezen ve svéprávnosti NE

## (zaškrtněte)

## Rozhodnutí soudu v ………………… ze dne……………… č.j.:………………..

## Jméno, adresa, tel., e-mail opatrovníka, je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti:

## …………………………………………………………………………………………………...

## Rozhodnutí soudu v ………………… ze dne……………… č.j.:………………..

## Příspěvek na péči (zaškrtněte) ANO NE ☐ Zažádáno

**Stupeň I.** **☐ II.** **☐ III. ☐ IV. ☐**

## 6. Jméno a adresa praktického lékaře: …………………………………………………

## Zavedená pečovatelská služba ANO NE

## Osoba, jež má být kontaktována nebo informována o evidenci žádosti či přijetí žadatele/ky

Jméno, příjmení a adresa………………………………………………………………………...

telefon.:…………………….. e-mail:…………………………………….

1. **Svým podpisem dávám souhlas s nakládání osobních a citlivých údajů dle zák. č 101/2000 Sb., pro evidence žádostí do zařízení CSP Litoměřice, p. o. a případné poskytování služeb sociální péče, dle 108/2006 Sb.**
2. **K žádosti musíte doložit:**

**1. Vyplněné lékařského vyjádření**

**2. Rozhodnutí soudu o svéprávnosti (kopie)**

**3. Rozhodnutí soudu o určení opatrovníka (kopie)**

………………………………………………………….

**Vlastnoruční podpis žadatele/ky**

**(nebo soudem určeného opatrovníka)**

V…………………………….. dne………………………………………..