



**Žádost pro zájemce o sociální službu CHB**  
**Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené ve**  
**Vlaštovičkách**

Pořadové č. :

Počet stran: 2

Žádost číslo..... ze dne.....(vyplní sociální pracovník)

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**chráněné bydlení**

**Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené**

**ÚDAJE O ZÁJEMCI/ZÁJEMKYNĚ**

Jméno a příjmení:

.....

Rok narození:

.....

Adresa Vašeho trvalého bydliště:

.....

Adresa, kam Vám můžeme poslat dopis:

.....

Telefon:

.....

Email:

.....

**ÚDAJE O OPATROVNÍKOVĚ**

Pokud máte opatrovníka, vyplňte údaje o opatrovníkovi.

Jméno a příjmení opatrovníka:

.....

Adresa opatrovníka:

.....



# Žádost pro zájemce o sociální službu CHB Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené ve Vlaštovičkách

Pořadové č. :

Počet stran: 2

Telefon na opatrovníka:

.....

Email opatrovníka:

.....

**Jaký je Váš důvod podání žádosti? V čem potřebujete pomoci?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Prohlášení zájemce:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě, o případných změnách budu neprodleně informovat Chráněné bydlení v Opavě – Vlaštovičkách, Marie Dolanské 13/19, 746 01 Opava-Vlaštovičky.

Beru na vědomí, že výše uvedené údaje, budou spravovány po dobu evidence mé žádosti o poskytnutí sociální služby chráněné bydlení do doby sociálního šetření v evidenci zájemců.

Datum vyplnění žádosti: .....

.....

Váš podpis

.....

Podpis opatrovníka

Nedílnou součástí této žádosti je formulář vyjádření lékaře.