Domov pro osoby se zdravotním postižením „SOKOLÍK“ v Sokolově, p.o.
Slavíčkova 1701, 356 05 Sokolov.

Žádost o poskytnutí lůžka na zajištění bezodkladné péče v Domově pro osoby se zdravotním postižením „SOKOLÍK“ v Sokolově, p.o.

1. Žadatel: …….
příjmení jméno

2. Narozen: ……
den, měsíc, rok

3. Trvalé bydliště: ……

telefon: ……...

4. Zákonný zástupce: …….
(je-li ustanoven) příjmení jméno

…….
adresa

……..
telefon e-mail

Rozsah zastupování:

……...

5. Kontaktní osoba: ……
příjmení jméno

……
adresa

…….
telefon e-mail

Vyplňte, pokud je kontaktní osoba jiná než zákonný zástupce.

6. Termín, ve kterém osoba žádá o zajištění lůžka na bezodkladnou péči:

……..

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů, souvisejících s pobytem v Domově pro osoby se zdravotním postižením „SOKOLÍK“ v Sokolov, p.o., a to až do doby jejich archivace a skartace.
Prohlašuji, že veškeré údaje v tomto dotazníku jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i propuštění ze zařízení sociálních služeb.

V Sokolově dne ……

……..
podpis žadatele nebo zákonného zástupce