



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

vzor 102016

Domov pod hradem Žampach, IČ: 00854271

Příloha k žádosti: vyplní lékař, u kterého je žadatel registrován.

Vyjádření lékaře k poskytnutí pobytové sociální služby: Kritéria, která hodnotí splnění podmínek cílové skupiny poskytovatele sociálních služeb: Vyjádření k těmto podmínkám je nezbytné k rozhodnutí o poskytnutí služby. (ne starší 60 dnů před podáním žádosti)		
	Žadatel o službu:	Datum narození:
	Platnost tvrzení	Uveďte ANO/NE, popř. doplňte poznámkou
1.	Hlavním zdravotním postižením osoby je mentální postižení.	
2.	Osoba má vzhledem ke svému zdravotnímu postižení předpoklad pro vykonávání pracovní činnosti.	
3.	Osoba je osobou s chronickým duševním onemocněním.	
4.	Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení (nemocnice, LDN nebo psychiatrická léčebna ...)	
5.	Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití	
	<i>Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a nezamlčel jsem žádné.</i>	<i>Datum, razítko a podpis lékaře:</i>