



**CENTRUM SLUŽEB PRO SENIORY**  
**KYJOV, příspěvková organizace**

Strážovská 1095/1, 697 01 Kyjov

IČO 46937099

Podací razítko\*

Číslo žádosti\*

\* Vyplní zařízení

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

**Domov pro seniory**

Cílovou skupinou jsou osoby starší 60 let, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

**Domov se zvláštním režimem**

Cílovou skupinou jsou osoby starší 55 let trpící Alzheimerovou nebo jinou formou demence, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

**Žadatel(ka):**

Jméno a příjmení, titul: .....

**Narozen(a):**

Den, měsíc, rok: .....

**Adresa trvalého pobytu:**

Ulice: .....

Město:.....

**Telefon (pokud jej žadatel/ka využívá):**

.....

PSČ:.....

**Místo, kde žadatel(ka) momentálně žije (např. v domácnosti u příbuzných, v nemocnici, LDN apod.):**

**Důvod podání žádosti (popis nepříznivé sociální situace, z jakého důvodu žádáte o přijetí):**

**Kontaktní osoba žadatele(ky), na kterou se můžeme obrátit:**

Jméno a příjmení, titul: ..... Vztah k žadateli: .....

Adresa: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

**Jméno a adresa zástupce\***, je-li ustanoven:

.....  
.....

*\* Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (opatrovník nebo soudem schválený zástupce z řad členů domácnosti)*

**Prohlášení žadatele(ky)/zástupce:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s informacemi o zpracování osobních údajů Centrem služeb pro seniory Kyjov, p. o. (bližší informace na [www.centrumproseniorykyjov.cz](http://www.centrumproseniorykyjov.cz)).

Dne: .....

.....

vlastnoruční podpis žadatele(ky)\*\*/zástupce

*\*\*Pokud žadatel nemá zástupce, není ze zdravotních důvodů schopen podpisu a není schopen samostatně jednat, žádost zůstane nepodepsaná. Pokud se žadatel nemůže podepsat z důvodu fyzického handicapu, ale je schopen samostatně jednat a souhlasí s podáním žádosti, podepisují žádost dva svědci dosvědčující, že by žadatel dokument podepsal, kdyby mohl.*

**Vyplněnou žádost** můžete přinést **osobně, zaslat poštou** na níže uvedenou adresu či na **e-mail:**

[socialni@centrumproseniorykyjov.cz](mailto:socialni@centrumproseniorykyjov.cz)

Centrum služeb pro seniory Kyjov, p. o.

Strážovská 1095/1

697 01 Kyjov

**Postup vyřízení žádosti:**

Žadatele/kontaktní osobu/zástupce kontaktuje do 30 dnů od přijetí žádosti sociální pracovnice a sjedná termín sociálního šetření v místě aktuálního pobytu žadatele.

Žádost bude poté posouzena komisí Centra služeb pro seniory Kyjov, p. o. Následně žadatel obdrží písemné vyjádření o splnění/nesplnění podmínek pro uzavření smlouvy o poskytování sociální služby.

Případné změny ve výše uvedených údajích, prosím, neprodleně sdělte sociální pracovnici Centra služeb pro seniory Kyjov, p. o.

**Další informace Vám rádi poskytneme na telefonních číslech:**

**518 699 541, 518 699 514** - sociální pracovnice