



**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

### Odlehčovací služba

Cílovou skupinou jsou osoby starší 65 let, které v důsledku svého věku, zdravotního stavu, onemocnění Alzheimerovou nebo jinou formou demence potřebují pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb, a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí.

#### Žadatel(ka):

(osoba, které bude poskytována pobytová Odlehčovací služba)

Příjmení a jméno, titul: .....

#### Narozen(a):

Den, měsíc, rok: .....

#### Adresa trvalého pobytu:

Ulice: .....

Město:.....

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

PSČ:.....

#### Adresa aktuálního místa pobytu (vyplňte pouze v případě, že se liší od trvalého pobytu):

Ulice.....

Město:.....

PSČ:.....

#### Důvod podání žádosti:

osoba, která o mě celodenně pečuje si potřebuje odpočinout/vyřídít si osobní záležitosti, péči o mou osobu nelze zajistit jiným způsobem

jiný důvod

#### Pečující osoba žadatele(ky), na kterou se můžeme obrátit:

Jméno a příjmení: ..... 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 žadatele 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:  
[socialni2@centrumproseniorykyjov.cz](mailto:socialni2@centrumproseniorykyjov.cz)**

Centrum služeb pro seniory Kyjov, p. o.

Strážovská 1095/1

697 01 Kyjov

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

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

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