

## **ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

### **PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ**

#### **1. Zájemce o službu**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa (uvést v případě, že je odlišná od adresy trvalého bydliště): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **2. Zákonný zástupce, opatrovník či jiná kontaktní osoba**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **3. Důvody, proč chcete službu využívat**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Vaše potřeby a očekávání**

---

---

---

**5. Od kdy máte zájem o využívání služby**

---

---

---

**6. Jiné důležité informace, poznámky**

---

---

---

---

Datum

---

Podpis (zájemce o službu)

---

Datum

---

Podpis (zák. zástupce, opatrovník)

Datum přijetí žádosti	_____
Evidenční číslo	_____
Nevyplňujte – vyplní poskytovatel sociální služby po přijetí žádosti	

**Vyjádření praktického lékaře  
před přijetím do služby NOE Ostrava, podpora samostatného  
bydlení**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Cílovou skupinu tvoří dospělé osoby s mentálním postižením případně s přidruženým duševním onemocněním ve věku od 18 let, kteří z důvodu těchto limitů potřebují podporu jiné fyzické osoby, bydlí ve vlastní domácnosti na území města Ostravy.

\_\_\_\_\_  
**Prosíme o vyjádření, zda žadatel/-ka naplňuje znaky výše uvedené cílové skupiny.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dne:

Razítko a podpis lékaře: