Nemocnice Dačice, a.s.

Antonínská 85/II, 380 01 Dačice, IČ: 281 13 195, tel.: 384 358 211

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ NEMOCNICE DAČICE A.S.

Došlo dne:	**Číslo žádosti:**
Údaje o žadateli:	
Jméno a příjmení, titul:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	
Kontaktní adresa:	
Místo současného pobytu:	
Telefon/email:	
Pojišťovna:	
Osoby, na které se lze obracet ve věci projednávání předkládané žádosti:	
Jméno a příjmení, titul:	
Vztah:	
Kontaktní adresa:	
Telefon/email:	
Údaje o zákonném zástupci (doložit osvědčující listinu s razítkem nabytí právní moci)	
Jméno a příjmení, titul:	
Forma zastupování:	
Vztah:	
Kontaktní adresa:	
Telefon/email:	
Důvod podání žádosti (potřeby, očekávání):	
Stručný popis nepříznivé sociální situace	
Prohlášení žadatele (zákonného, zmocněného zástupce):	
Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na uzavření smlouvy a průběh poskytování sociální služby.	
Datum a podpis žadatele (zákonného, zmocněného zástupce):	

Vyjádření poskytovatele služby:	
Rozhodnutí:	
Dne …….. bylo rozhodnuto o vyhovění/nevyhovění žádosti o umístění na sociální lůžko	
Nemocnice Dačice, a.s. ze dne ……	
Důvody rozhodnutí:	
Oznámení:	
Oznámení o přijetí žádosti zasláno dne:	
Oznámení o vyhovění/nevyhovění zasláno dne:	
Oznámení o termínu přijetí zasláno dne:	
Záznam ze sociálního šetření:	
Zdravotně sociální pracovnice Nemocnice Dačice, a.s. ……	