

Žádost o poskytování odlehčovací služby

Jméno, příjmení, titul žadatele:

Datum narození:

Adresa:

Praktický lékař:

Stupeň příspěvku na péči

(dobrovolný údaj důležitý pro poskytnutí sociálního poradenství)

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a adresa osoby, která v současné době o žadatele pečuje:

.....

..... Telefon:

E – mailová adresa:.....

Vztah pečující osoby k žadateli:

Přechodný pobyt od – do:

(maximální doba pobytu je 3 měsíce)

Důvod přechodného pobytu:

.....

.....

Poznámka:

K této žádosti je nutné doložit Vyjádření lékaře a Záznam denních činností.

.....

Místo a datum vyplnění

.....

Podpis žadatele / zástupce

.....

Datum přijetí žádosti

.....

Razítko a podpis sociálního pracovníka