

**Přihláška uživatele služby ucelené komunitní podpory sociálních
a zdravotních služeb včetně sociální služby tísňové péče**

Náš Slunovrat

Mám zájem o užívání ucelené komunitní podpory sociálních a zdravotních služeb včetně sociální služby tísňové péče služby, poskytované Institutem zdravotně sociálních služeb, zapsaným ústavem, pod názvem Náš Slunovrat.

Osobní údaje zájemce	
jméno	
příjmení	
datum narození	
rodné číslo	
zdravotní pojišťovna	
Trvalé bydliště zájemce	
ulice a číslo	
PSČ	
obec	
Kontaktní údaje zájemce	
telefon	
mobil	
email	
Korespondenční adresa zájemce (pokud se liší od adresy trvalého bydliště)	
ulice a číslo	
PSČ	
obec	

Kontaktní osoba (pokud je více kontaktních osob, doplňte prosím další do přílohy)	
jméno	
příjmení	
vztah k uživateli	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> dcera <input type="checkbox"/> syn <input type="checkbox"/> vnuk/vnučka jiné:
ulice a číslo	
PSČ	
obec	
telefon	
email	

Jako žadatel o službu souhlasím s tím, aby

pan/paní

(uved'te prosím jméno a příjmení)

- se účastnil(a) jednání o poskytování služby účastnil(a) spolu se mnou
- mne zastupoval(a) při jednání o poskytování služby
- (zaškrtněte prosím Vaši volbu)

Prohlašuji, že jsem uvedl(a) všechny údaje pravdivě a úplně. Uvědomuji si, že uvedení nepravdivých nebo nekompletních údajů může vést k odmítnutí přihlášky, případně k ukončení poskytování služby.

Přihláška podána dne:

Podpis žadatele:

Vyplní Náš Slunovrat:

Přihláška přijata dne:

Evidenční číslo přihlášky:

Vyřizuje: