**Žádost o přijetí klienta k pobytu na odlehčovací služby**

dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno,** **příjmení:** |   | Datum narození: |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  Rodné příjmení: |   |   |   |   |   |   | Místo narození: |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  Trvalé bydliště: |   | Stav:  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  Současná adresa: |   | Tel. číslo:  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Praktický lékař:** |   | Tel. číslo:  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  Adresa prak.lékaře: |   | Pojišťovna:  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Příspěvek na péči: |   |   | Žádost PnP podána:  |   |
|  |
| **Žádám o přechodné umístění na odlehčovací službě v termín:** |
| **od**  |  | **do** |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Důvody, pro které žádám
o odlehčovací službu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nejbližší osoby:** | Vztah: | Kontaktní adresa: | Telefon, e-mail |
|   |   |   |  |
|   |  |
|   |   |   |  |
|   |  |
|   |   |   |  |
|   |  |

Podmínky pobytu na odlehčovací službě:

1. Na úhradě odlehčovací služby se nepodílí zdravotní pojišťovna.

2. Délka pobytu je časově omezena. Pobyt klienta končí dnem uvedeným ve smlouvě.

3. Úhrada nákladů pobytu je stanovena podle ceníku vycházejícího z vyhlášky č. 505/2006 Sb.

4. Na umístění na odlehčovací službě není právní nárok a veškeré podmínky pobytu se řídí smlouvou, která musí

být uzavřena v den nástupu do zařízení.

5. Žadatel podpisem žádosti souhlasí s evidencí osobních údajů, které uvedl v této žádosti, poskytovatelem.

6. Součástí této žádosti je zdravotní záznam žadatele.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Datum Podpis žadatele Podpis osoby blízké