**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