

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ

### MIKASA denní stacionář pro děti a mládež s kombinovaným postižením

ŽADATEL			
Jméno a příjmení:		Pořadové číslo žadatele: (vyplní poskytovatel)	
Datum narození:		Bydliště:	
Telefon:		Zdravotní pojišťovna:	
Pobíráte příspěvek na péči?*	ANO – NE – v řízení	Stupeň příspěvku na péči*:	
Popis zdravotního stavu (druh postižení, popis zvláštností, příp. požadavků):			
Rozsah požadovaných služeb:			
Zákonný zástupce			
Jméno a příjmení:			
Bydliště:		Telefon:	
Kontaktní osoba (není-li shodná se zákonným zástupcem)			
Jméno a příjmení:		Telefon:	

\*nezodpovězení této položky není důvodem pro neposkytnutí služeb MIKASA denním stacionářem

**Součástí Žádosti je vyjádření lékaře (potvrzení) o kombinovaném postižení žadatele.**

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje jsem v této žádosti uvedl pravdivě. Beru na vědomí nutnost bezodkladně oznámit změny v poskytnutých údajích.

Podpisem této žádosti dávám poskytovateli souhlas se zpracováním osobních údajů.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ .

Podpis žadatele: \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_