



Domovy pro osoby
se zdravotním postižením
Oleška - Kamenice
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytované služby:

DOZP Česká Kamenice

U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

SQSS/3

č. 3.1

příloha č. 1 – pomocný materiál v piktogramech

JAK MŮŽETE POŽÁDAT O NAŠI SLUŽBU

1. Stáhnete si z webových stránek www.dozp-oleska-kamenice.cz „Žádost o poskytnutí sociální služby v DOZP Česká Kamenice“ a „Vyjádření lékaře“.



Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška - Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytované služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žádosti – vyplňuje zažadatel

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zažadatel

Zadatel:

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Oleška - Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 Děčín
IČ: 47274522

Adresa poskytované služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

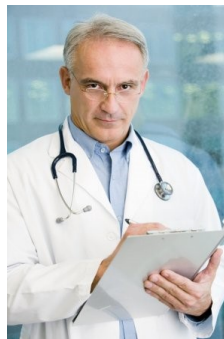
VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU V DOZP ČESKÁ KAMENICE

1. Zjizvena
Inzervace a ošetření
Zdravotní postih
Udávaný zdravotní stav
Příčina

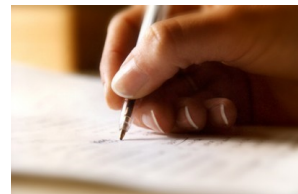
2. Anamnéza (zdravotní, sociální, pracovní)

* Ověřeno lékařem (lékařem, pracovníkem zdravotní péče) příslušného zdravotního zařízení (lékařem, pracovníkem zdravotní péče)

2. Zajdete ke svému lékaři a požádáte ho o vyplnění tiskopisu „Vyjádření lékaře“.




Zároveň požádáte o odborný posudek psychologa nebo psychiatra.



3. Vyplníte „Žádost o poskytování sociální služby v DOZP Česká Kamenice“



 Domov pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 DŘOŇ
IČ: 47274522

Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice


**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žádosti – vyplňuje zařizovatel: _____

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zařizovatel: _____

Žadatel: _____

4. Všechny vyplněné dokumenty dáte do obálky a pošlete poštou na adresu Domova.

 Domov pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 DŘOŇ
IČ: 47274522

Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOZP ČESKÁ KAMENICE**

Datum přijetí žádosti – vyplňuje zařizovatel: _____

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zařizovatel: _____

Žadatel: _____

 Domov pro osoby se zdravotním postižením Oleška-Kamenice
příspěvková organizace
Stará Oleška 131, 405 02 DŘOŇ
IČ: 47274522

Adresa poskytovatele služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽÁDÁNCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOZP ČESKÁ KAMENICE

1. Zájemce:
Jméno a příjmení: _____
Zdravotní postřehy: _____
Datum narození: _____
Bydliště: _____

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): _____

3. Objektivní nálezy (zdravotní zjištění, výsledky diagnostických vyšetření, zdravotní stav): _____



ADRESA:

DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
ČESKÁ KAMENICE
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
U KAPLE 494
407 21 ČESKÁ KAMENICE

