



FARNÍ CHARITA BEROUN

Cajthamlova 169, 266 01 Beroun 4
sekretariat@charita-beroun.cz, tel. 313 030 400

Pořadové číslo: /2017

Datum podání: 2017

Žádost o poskytování služby Azylového domu sv. Jakuba

ZÁJEMCE:

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Telefon:

Kontaktní adresa:

EKONOMICKÁ SITUACE:

Výše příjmu ze zaměstnání:

Kč

Invalidní/starobní důchod:

Kč

Podpora v nezaměstnanosti:

Kč

Dávky v hmotné nouzi

Kč

Jiné, uveďte jaké a jejich výši

Kč

Dluhy, exekuce?

Kč

SOCIÁLNÍ SITUACE:

1. Bydlení - kde jste bydlel na posledních 2/3 místech? Proč nemáte kde bydlet?

2. Manželství a životní partneři – aktuální stav (ženatý, rozvedený, svobodný)

3. Děti – věk a vyživovací povinnost, případně dluhy na výživném

4. Práce - kde jste již v minulosti pracoval a kde pracujete dnes, pokud pracujete apod.



FARNÍ CHARITA BEROUN

Cajthamlova 169, 266 01 Beroun 4
sekretariat@charita-beroun.cz, tel. 313 030 400

ZDRAVOTNÍ STAV

Popište ve stručnosti, pokud máte nějaká zdravotní omezení – jaká a jak dlouho?

OČEKÁVÁNÍ OD POBYTU V AZYLOVÉM DOMĚ SV. JAKUBA

Čím vám může pobyt v azylovém domě v Berouně pomoci změnit vaši situaci?

Svým podpisem stvrzuji, že údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé. Případné změny jsem povinen nahlásit obratem. Dále souhlasím, aby výše uvedené skutečnosti byly použity v rámci přijímacího řízení do Azylového domu sv. Jakuba, Farní charity Beroun, a poté uloženy v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů.

V dne

.....
podpis zájemce



FARNÍ CHARITA BEROUN

Cajthamlova 169, 266 01 Beroun 4
sekretariat@charita-beroun.cz, tel. 313 030 400

Posudek lékaře doloží zájemce nejpozději při podpisu smlouvy s AD

Posudek lékaře o zdravotním stavu pro účely ubytování v sociální službě
dle § 57 Azylové domy zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách,
ne starší 15 dní před nástupem
(bezinfekčnost)

Podle § 36 prováděcí vyhlášky zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb. se poskytnutí
pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

je zdravotně způsobilý

není zdravotně způsobilý

V dne

Razítko a podpis lékaře

