HANDICAP
CENTRUM SRDCE, o.p.s.
Ostende 88, 290 01 Poděbrady
www.hcsrdce.cz

Přihláška
Handicap centrum Srdce, o.p.s.

Jméno a příjmení klienta:…….

Datum narození:…….

Bydliště:…….

Telefon:…….

Omezení k právním úkonům:……

Jméno a příjmení kontaktní osoby:……..

Bydliště:……..

Telefon:……

Název zdravotní pojišťovny:……..**Kód:**……

Poskytované služby:

Denní stacionář ☐

Sociálně terapeutická dílna: ☐

Týdenní stacionář: ☐

Podpora samostatného bydlení: ☐

Chráněné bydlení: ☐

HANDICAP
CENTRUM SRDCE, o.p.s.
Ostende 88, 290 01 Poděbrady
www.hcsrdce.cz

Osobní cíl klienta:

.....

.....

.....

Uživatel služeb a jeho zákonný zástupce/opatrovník mají možnost výběru jednotlivých služeb. Záleží na potřebách a zájmech každého uživatele služeb a jeho zákonného zástupce/ opatrovníka.

Na základě společné dohody uživatele služeb, jeho zákonného zástupce/opatrovníka a pracovníka je stanoven Individuální harmonogram jednotlivých služeb.

Klient je držitelem průkazky mimořádných výhod (Přiložte kopii) **Ano:** ☐ **Ne:** ☐

ZP: ☐ **ZTP:** ☐ **ZTP/P:** ☐ **Číslo průkazu:** ☐

Klient pobírá příspěvek na péči (přiložte kopii rozhodnutí): **Ano:** ☐ **Ne:** ☐

Jeho výše: ☐ **Stupeň:** ☐

HANDICAP
CENTRUM SRDCE, o.p.s.
Ostende 88, 290 01 Poděbrady
www.hcsrdce.cz

Charakteristika postižení klienta.
U podpory samostatného bydlení - doporučení lékaře k využívání služeb (je součástí žádosti o přidělení bytu se zvláštním určením).

Jiné obtíže:

Medikace:

Podpis:……

Podpis zákonného zástupce/opatrovníka:……

V Poděbradech dne:…….

Svým podpisem prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a podle skutečnosti a souhlasím ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. a nařízení EU 2016/679 v platném znění s nakládáním s mými osobními údaji pro potřeby Handicap centra Srdce. o.p.s**.**