ŽÁDOST O PŘIDĚLENÍ BYTU V OBJEKTU PODPOROVANÉHO BYDLENÍ (OPB) MARKVARTICE

Žadatel/ka:

.....

příjmení jméno **Datum narození:**

.....

Trvalé bydliště:

.....

Telefon, email:

.....

Adresa pro doručování – pokud se liší od trvalého bydliště:

.....

Odůvodnění žádosti:

.....

.....

.....

.....

Kontakt, na kterém bude možné dohodnout další postup ve věci této žádosti:
(Jméno, příjmení, vztah k žadateli, telefon, popř. e-mail adresa)

.....

.....

.....

Zástupce nebo opatrovník popř. zmocněnec žadatele:
(Jméno, příjmení, telefon, popř. e-mail adresa)

.....

.....

Pro řádný průběh vyřizování Vaší žádosti je nutné změny týkající se zdravotního stavu, příspěvku na péči a zajištění péče (např. umístění v jiném domově pro seniory) oznámit v co nejkratší době na OÚ Markvartice.

V ..... dne.....

.....

podpis žadatele

Prohlášení žadatele:

Podpisem této žádosti dávám souhlas obci Markvartice ke zpracování osobních údajů konkretizujících moji osobu (např. jméno a příjmení, datum narození, bydliště, apod.) pro účely:

- jednání o přijetí pro přidělení bytu v OPB Markvartice - jakéhokoliv vzájemného sporu.

Potvrzuji, že:

- všechny údaje v této žádosti jsou pravdivé a úplné,
- jsem byl/a seznámen/a s právem na doplnění a opravu osobních údajů a s možností odvolání souhlasu s poskytováním osobních údajů.

V ..... dne.....

.....

podpis žadatele

K této žádosti je nutno přiložit:

- vyplněný tiskopis „Vyjádření lékaře“ (vyjádření nesmí být starší než 3 měs

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE PRO PŘIDĚLENÍ BYTU V OPB MARKVARTICE

Žadatel/ka:

.....

příjmení jméno **Datum narození:**

.....

Trvalé bydliště:

.....

Zdravotní stav žadatele/ky **vyžaduje – nevyžaduje*** léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení:
Žadatel/ka **trpí – netrpí*** níže uvedenými zdravotními postiženími, která vylučují přidělení bytu v OPB Markvartice
- infekční a parazitární choroby všech druhů a stádií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění,
- psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje klidné soužití v kolektivu,
- chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování žadatele znemožňuje klidné soužití v kolektivu,
- chování osoby, které by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. Zdravotní postižení žadatele/ky :

.....

.....

V ..... dne.....

..... podpis
a razítko ošetřujícího lékaře
* nehodící se škrtněte