

ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ KLIENTA

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození :

Bydliště, telefon:

Jméno opatrovníka:

Zaměstnavatel, telefon:

tel.:

Zdravotní pojišťovna:

kód:

Charakteristika postižení žadatele:

Stupeň závislosti:

I. II. III. IV.

Držitel průkazky mimořádných výhod:

TP

ZTP

ZTP/P

Právní způsobilost:

úplná

omezení

zbavení

Pobíratel invalidního důchodu:

ANO

NE

Jiné obtíže:

Medikace:

Školní vzdělání:

Předchozí umístění žadatele:

Sociální chování:

Sebeobsluha:

Řeč:

Motorika:

Zvláštnosti v projevu žadatele:

Požadavky žadatele:

Předpokládaný nástup do zařízení:

datum

podpis žadatele, opatrovníka