

Žádost o připojení k systému tísňového volání

jméno a příjmení:

datum narození:

trvalé bydliště:

číslo telefonu žadatele/
 žadatelky o připojení: Žiji
 osaměle: ANO NE

jména a příjmení osob
 hlášených ve společné
 domácnosti:

jméno a příjmení další
 kontaktní osoby:

číslo telefonu:

Další údaje o žadateli:

Jsem držitelem
 mimořádných výhod:

TP	<input type="text"/>	od roku	<input type="text"/>
ZTP	<input type="text"/>	od roku	<input type="text"/>
ZTP-P	<input type="text"/>	od roku	<input type="text"/>
nejsem	<input type="text"/>		

Jsem příjemcem
 příspěvku na péči
 ve stupni:

I	<input type="text"/>	II	<input type="text"/>	III	<input type="text"/>	IV	<input type="text"/>
od roku	<input type="text"/>						
nejsem	<input type="text"/>						

- Čestně prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.
- Jsem si vědom/a, že úmyslné uvedení nepravdivého údaje může být považováno za přešupek dle zákona č. 200/1990 Sb., o přešupcích, ve znění pozdějších přešupců. Odbor sociálních věcí Úřadu městské části Praha 3 je oprávněn provést sociální šetření ve věci ověření uvedených údajů a zjištění dalších skutečností.
- Souhlasím s poskytnutím svých osobních údajů, včetně zdravotních záznamů, osobám odpovědným za zpracování a posouzení žádosti o připojení k systému tísňového volání, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Tyto osoby jsou vázány mlčenlivostí.
- Za úhradu nákladů spojených s vyplněním žádosti zodpovídá žadatel.

Vyjádření ošetřujícího lékaře:

V _____ dne

podpis žadatele:

Vyřizuje: Bc. Zdeňka Hošková, tel.: +420 222 116 451