ÚŘAD PRÁCE ČR

Příloha - SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

CA0 000 000 166 969 204

ÚŘAD PRÁCE ČR
krajská pobočka pro hl. m. Prahu
Došlo: 19. 11. 2014
Číslo jednací: 37403/2014/AAI
podací razítko
Listy: ...../ Přílohy: .....
Zpracov.
Spis zn.
Sk.zn./lh.

Oznámení o poskytovateli pomoci

Mgr. Michaela Firbasová DiS.
oprávněná úřední osoba

Tento doklad slouží k oznámení o poskytovateli pomoci a ohlášení jeho změn. Doklad musí podat žadatel o příspěvek na péči se žádostí o přiznání příspěvku. Změny týkající se zajištění pomoci je žadatel povinen ohlásit do 8 dnů od jejich vzniku.

A. Žadatel o příspěvek na péči:

Příjmení: [redacted]	Jméno[1]: [redacted]	Rodné číslo v ČR[2]: [redacted]
Rodné příjmení[3]: [redacted]	Titul před: za:	Státní příslušnost: **CZ**
Trvalý pobyt: Obec: [redacted] ..... Část obce: [redacted] ..... Ulice: [redacted] ..... Č. p.[4]: [redacted] ..... Č. orient.: [redacted] ..... PSČ: [redacted]		
Skutečný pobyt[5]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
Adresa pro doručování[5]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
Rodinný stav[6]: **3**		
Telefon: [redacted]	E-mail:	Id datové schránky:

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** zapište jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

PROSÍM OBRAŤTE
14 01 02 553

B. Poskytovatelé sociálních služeb a jiné pomoci:

Vyplňte údaje o poskytovatelích sociálních služeb[7], kteří žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc. Osoby blízké a asistenty sociální péče, kteří poskytují pomoc, uveďte v části C.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci. Poskytovatel, kterým je zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 50 zákona o sociálních službách, poskytující osobě pobytové sociální služby, bere na vědomí povinnost ohlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném zdravotnickém léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení. Poskytovatel si je také vědom povinnosti vyplývající z § 21a odst. 2 zákona o sociálních službách.

1.	Poskytovatel:		IČ:
	Pracoviště:		
	Adresa pracoviště:	Obec:	Část obce: .....
		Ulice:	Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis		
2.	Poskytovatel:		IČ:
	Pracoviště:		
	Adresa pracoviště:	Obec:	Část obce: .....
		Ulice:	Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis		

7) Poskytovatelem sociálních služeb je poskytovatel, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách.

8) Do kolonky **Datum zahájení** uveďte datum zahájení poskytování pomoci. Pokud oznamujete ukončení pomoci, kolonku nevyplňujte.

9) Do kolonky **Datum ukončení** uveďte datum ukončení poskytování pomoci. Pokud oznamujete zahájení poskytování pomoci, kolonku nevyplňujte.

10) Kolonku **Identifikační číslo služby** vyplňte pouze v případě, že se jedná o sociální službu registrovaného poskytovatele péče.

C. Pomoc poskytovaná osobou blízkou nebo asistentem sociální péče:

Vyplňte údaje o osobách, které žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci a bere na vědomí povinnost nahlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí oprávněné osoby k hospitalizaci, propuštění z hospitalizace a úmrtí oprávněné osoby.

1.	Příjmení: [redacted]	Jméno[1]: [redacted]	Rodné číslo v ČR[2]: [redacted]
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost: **CZ**
	Trvalý pobyt[11]: Obec: [redacted] ..... Část obce: [redacted] ..... Ulice: [redacted] ..... Č. p.[4]: [redacted] ..... Č. orient.: [redacted] ..... PSČ: [redacted]		
	Osoba blízká[12]: **dítě**	Společná domácnost[13]: ------	Asistent sociální péče[14]: ------
	Telefon: [redacted]	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]: **1. 8. 2014**	Datum ukončení[9]:	Podpis:
2.	Příjmení:	Jméno[1]:	Rodné číslo v ČR[2]:
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt[11]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[12]:	Společná domácnost[13]:	Asistent sociální péče[14]:
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:

D. Prohlášení:

Veškeré údaje v tomto dokladu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která péči poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V **Praze** dne **11. 11. 2014**	[redacted] Podpis žadatele

K oznámení prosím doložte:

- Písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, pokud je pomoc osobě poskytována asistentem sociální péče

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese http://portal.mpsv.cz/forms nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

11) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

12) Do kolonky **Osoba blízká** uveďte vztah osoby poskytující pomoc k žadateli ve tvaru: 1 – manžel(ka), 2 – dítě, 3 – rodič, 4 – sourozenec, 5 – prarodič, 6 – zeť/snacha, 7 – vnuk/vnučka, 8 – tchán/tchyně, 9 – pravnuk/pravnučka, 10 – jiná osoba.

13) Do kolonky **Společná domácnost** vyplňte **ANO**, jestliže osoba poskytující pomoc žije s žadatelem ve společné domácnosti.

14) Do kolonky **Asistent sociální péče** vyplňte **ANO**, pokud osoba poskytující pomoc je asistent sociální péče.

přijato dne 20.1.2015

ÚŘAD PRÁCE ČR

Příloha - SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

-12/0-

podací razítko

Oznámení o poskytovateli pomoci

NA0 000 000 409 143 527

Tento doklad slouží k oznámení o poskytovateli pomoci a ohlášení jeho změn. Doklad n ... tí o přiznání příspěvku. Změny týkající se zajištění pomoci je žadatel povinen ohlásit do 8

A. Žadatel o příspěvek na péči:

Příjmení: [redacted]	Jméno[1]: [redacted]		
Rodné příjmení[2]: [redacted]	Titul před jménem:	za jménem:	
Rodné číslo[3]: [redacted]	Pohlaví: [redacted]	Rodinný stav[4]: 3	
Státní příslušnost: CZ			
Trvalý pobyt:	Obec: [redacted]	Část obce: [redacted]	
	Ulice: [redacted]	Č. p.[5]: [redacted]	Č. orient.: 7 PSČ: 190 00
Skutečný pobyt[6]:	Obec: [redacted]	Část obce: [redacted]	
	Ulice: [redacted]	Č. p.[5]: [redacted]	Č. orient.: [redacted] PSČ: [redacted]
Adresa pro doručování[6]:	Obec: [redacted]	Část obce: [redacted]	
	Ulice: [redacted]	Č. p.[5]: [redacted]	Č. orient.: [redacted] PSČ: [redacted]
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:	

DOKLAD O UKONČENÍ HOSPITALIZACE

NA0 000 000 409 143 155

2399/2015/AA/

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

3) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

4) Do kolonky **Rodinný stav** zapište jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

5) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

6) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

PROSÍM OBRAŤTE
12 12 01 553

B. Poskytovatelé sociálních služeb a jiné pomoci:

Vyplňte údaje o poskytovatelích sociálních služeb[7], kteří žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc. Osoby blízké a asistenty sociální péče, kteří poskytují pomoc, uveďte v části C.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci. Poskytovatel, kterým je zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 51 zákona o sociálních službách, poskytující osobě pobytové sociální služby, bere na vědomí povinnost ohlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném zdravotnickém léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení. Poskytovatel si je také vědom povinnosti vyplývající z § 21a odst. 2 zákona o sociálních službách.

1.	Poskytovatel: **Domov seniorů Vysočany,s.r.o.**	IČ: **24847763**
	Pracoviště: **Domov seniorů Vysočany,s.r.o.**	
	Adresa pracoviště: Obec: **Praha** ..... Část obce: **Vysočany**	
	Ulice: **Bassova** ..... Č. p.[5]: **32** ..... Č. orient.: **14** ..... PSČ: **19000** .	
	Název služby: DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	
	Datum zahájení[8]: 15. 1. 2015 Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]: 3723605
	Název služby:	
	Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:	
	Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis:	
2.	Poskytovatel:	IČ:
	Pracoviště:	
	Adresa pracoviště: Obec: ..... Část obce:	
	Ulice: ..... Č. p.[5]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:	
	Název služby:	
	Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:	
	Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:	
	Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis:	

DOMOV SENIORŮ VYSOČANY s.r.o.
IČ: 248 47 763
sídlo: Bassova 32/14, Praha 9, 190 00
www.domovseniorůvysocany.cz
e-mail: info@dsvysocany.cz

7) Poskytovatelem sociálních služeb je poskytovatel, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách.

8) Do kolonky **Datum zahájení** uveďte datum zahájení poskytování pomoci. Pokud oznamujete ukončení pomoci, kolonku nevyplňujte.

9) Do kolonky **Datum ukončení** uveďte datum ukončení poskytování pomoci. Pokud oznamujete zahájení poskytování pomoci, kolonku nevyplňujte.

10) Kolonku **Identifikační číslo služby** vyplňte pouze v případě, že se jedná o sociální službu registrovaného poskytovatele péče.

DALŠÍ LIST PROSÍM
12 12 01 553

C. Pomoc poskytovaná osobou blízkou nebo asistentem sociální péče:

Vyplňte údaje o osobách, které žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci a bere na vědomí povinnost nahlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí oprávněné osoby k hospitalizaci, propuštění z hospitalizace a úmrtí oprávněné osoby.

1.	Příjmení:	Jméno[1]:	
	Rodné příjmení[2]:	Titul před jménem:	za jménem:
	Rodné číslo[3]:	Pohlaví:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[5]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[11]:	Společná domácnost[12]:	Asistent sociální péče[13]:
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:
2.	Příjmení:	Jméno[1]:	
	Rodné příjmení[2]:	Titul před jménem:	za jménem:
	Rodné číslo[3]:	Pohlaví:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[5]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[11]:	Společná domácnost[12]:	Asistent sociální péče[13]:
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:

D. Prohlášení:

Veškeré údaje v tomto dokladu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která péči poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V Praze dne 15 . 1 . 2014	[redacted] Podpis žadatele

K oznámení prosím doložte:

- Písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, pokud je pomoc osobě poskytována asistentem sociální péče

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese http://portal.mpsv.cz/forms nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

11) Do kolonky **Osoba blízká** uveďte vztah osoby poskytující pomoc k žadateli ve tvaru: 1 – manžel(ka), 2 – dítě, 3 – rodič, 4 – sourozenec, 5 – prarodič, 6 – zeť/snacha, 7 – vnuk/vnučka, 8 – tchán/tchyně, 9 – pravnuk/pravnučka, 10 – jiná osoba.

12) Do kolonky **Společná domácnost** vyplňte **ANO**, jestliže osoba poskytující pomoc žije s žadatelem ve společné domácnosti.

13) Do kolonky **Asistent sociální péče** vyplňte **ANO**, pokud osoba poskytující pomoc je asistent sociální péče.

ÚŘAD PRÁCE ČR

Příloha - SocS

CA0 000 000 616 068 262

ÚŘAD PRÁCE ČR
krajská pobočka pro hl. m. Prahu
Došlo: 01. 06. 2015
Číslo jednací: 17604/2015/MM
Listy: 2 / Přílohy: .....
Zpracov.: Kopečková
Spis zn.: POSTOU
Sk.zn./lh.:
podací razítko

Oznámení o poskytovateli pomoci

Tento doklad slouží k oznámení o poskytovateli pomoci a ohlášení jeho změn. Doklad musí podat žadatel o příspěvek na péči se žádostí o přiznání příspěvku. Změny týkající se zajištění pomoci je žadatel povinen ohlásit do 8 dnů od jejich vzniku.

A. Žadatel o příspěvek na péči:

Příjmení: [redacted]	Jméno[1]: [redacted]	Rodné číslo v ČR[2]: [redacted]
Rodné příjmení[3]: [redacted]	Titul před: za:	Státní příslušnost: CZ
Trvalý pobyt: Obec: [redacted] ..... Část obce: [redacted]		
Ulice: [redacted] ..... Č. p.[4]: [redacted] ..... Č. orient.: 7 ..... PSČ: [redacted]		
Skutečný pobyt[5]: Obec: [redacted] ..... Část obce: [redacted]		
Ulice: [redacted] ..... Č. p.[4]: [redacted] ..... Č. orient.: 8 ..... PSČ: [redacted]		
Adresa pro doručování[5]: Obec: [redacted] ..... Část obce: [redacted]		
Ulice: [redacted] ..... Č. p.[4]: [redacted] ..... Č. orient.: 8 ..... PSČ: [redacted]		
Rodinný stav[6]: 3		
Telefon: 482 362 181	E-mail:	Id datové schránky:

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** zapište jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

PROSÍM OBRAŤT

B. Poskytovatelé sociálních služeb a jiné pomoci:

Vyplňte údaje o poskytovatelích sociálních služeb[7], kteří žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc. Osoby blízké a asistenty sociální péče, kteří poskytují pomoc, uveďte v části C.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci. Poskytovatel, kterým je zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 50 zákona o sociálních službách, poskytující osobě pobytové sociální služby, bere na vědomí povinnost ohlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném zdravotnickém léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení. Poskytovatel si je také vědom povinnosti vyplývající z § 21a odst. 2 zákona o sociálních službách.

1.	Poskytovatel: **Dům seniorů Liberec-Františkov,p.o.**		IČ: **71220054**
	Pracoviště:		
	Adresa pracoviště:	Obec: **Liberec**	Část obce: **Liberec III-Jeřáb** .....
		Ulice: **Domažlická**	Č. p.[4]: **880** ..... Č. orient.: **8** ..... PSČ: **46007** .
	Název služby: **domov se zvláštním režimem**		
	Datum zahájení[8]: **26. 5. 2015**	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]: **7326055**
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis	Dům seniorů Liberec-Františkov, příspěvková organizace Domažlická 880/8, Liberec 3, 460 10 IČ: 71220054 Tel.: 482 362 111 (8)	
2.	Poskytovatel:		IČ:
	Pracoviště:		
	Adresa pracoviště:	Obec:	Část obce: .....
		Ulice:	Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Název služby:		
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Identifikační číslo služby[10]:
	Podpis		

7) Poskytovatelem sociálních služeb je poskytovatel, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách.

8) Do kolonky **Datum zahájení** uveďte datum zahájení poskytování pomoci. Pokud oznamujete ukončení pomoci, kolonku nevyplňujte.

9) Do kolonky **Datum ukončení** uveďte datum ukončení poskytování pomoci. Pokud oznamujete zahájení poskytování pomoci, kolonku nevyplňujte.

10) Kolonku **Identifikační číslo služby** vyplňte pouze v případě, že se jedná o sociální službu registrovaného poskytovatele péče.

DALŠÍ LIST PROSÍ

C. Pomoc poskytovaná osobou blízkou nebo asistentem sociální péče:

Vyplňte údaje o osobách, které žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci a bere na vědomí povinnost nahlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí oprávněné osoby k hospitalizaci, propuštění z hospitalizace a úmrtí oprávněné osoby

1.	Příjmení:	Jméno[1]:	Rodné číslo v ČR[2]:
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt[11]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[12]:	Společná domácnost[13]:	Asistent sociální péče[14]:
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:
2.	Příjmení:	Jméno[1]:	Rodné číslo v ČR[2]:
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt[11]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[12]:	Společná domácnost[13]:	Asistent sociální péče[14]:
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:

D. Prohlášení:

Veškeré údaje v tomto dokladu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která péči poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V Liberci dne **26. 5. 2015**	[redacted]
	Podpis žadatele

K oznámení prosím doložte:

- Písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, pokud je pomoc osobě poskytována asistentem sociální péče

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese http://portal.mpsv.cz/forms nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

11) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

12) Do kolonky **Osoba blízká** uveďte vztah osoby poskytující pomoc k žadateli ve tvaru: 1 – manžel(ka), 2 – dítě, 3 – rodič, 4 – sourozenec, 5 – prarodič, 6 – zeť/snacha, 7 – vnuk/vnučka, 8 – tchán/tchyně, 9 – pravnuk/pravnučka, 10 – jiná osoba.

13) Do kolonky **Společná domácnost** vyplňte **ANO**, jestliže osoba poskytující pomoc žije s žadatelem ve společné domácnosti.

14) Do kolonky **Asistent sociální péče** vyplňte **ANO**, pokud osoba poskytující pomoc je asistent sociální péče.

ÚŘAD PRÁCE ČR

Jana | Kop

Sdílená příloha
(SSP, SPOD, HN, SocS, OZP)

Úřad práce ČR-Podatelna SSP pro Prahu 9
Podatelna KoP pro Prahu 9
B073652911
Ev. č.: 1805893/15-ÚPČR
Listy/příl.: 1/2 Došlo: 1.6.2015 0:00
cislo>dnaciÖfotvycisloÖlouvy

prosím vyp...

CA0 000 000 616 068 236

ÚŘAD PRÁCE ČR
krajská pobočka pro hl. m. Prahu
Došlo: 01. 06. 2015
Číslo jednací: 17608/2015/BA1
Listy: 1 Příloha: 17608/2015/BA1
Spis. zn.: 8/15 osu

podací razítko

OSU
S 1

Hlášení změn

Změny uvedené v tomto tiskopisu prokažte příslušným dokladem.

A. Žadatel:

Příjmení: [redacted]	Jméno: [redacted]	Rodné číslo v ČR[1]: [redacted]

B. Změny platí od: **26. 5. 2015**

C. Popis změn:

změna způsobu výplaty
nově: na účet č. [redacted]

změna ošetřujícího lékaře
nový ošetřující lékař: MUDr. Libor Maryško, Ordinace praktického lékaře, Domažlická 880/8, 460 10 Liberec, tel.: 482 362 105

D. Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsou v tomto hlášení uvedeny, jsou pravdivé, a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivě vyplněných údajů vyplývaly.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávkách rozhoduje, do osmi dnů změny ve skutečnostech rozhodných pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V **Liberci**	dne **26. 5. 2015**	Podpis žadatele: [redacted]

Formuláře všech uvedených potvrzení a dokladů najdete na internetové adrese http://portal.mpsv.cz/forms nebo si je vyzvednete na pracovišti příslušného úřadu, který o dávce rozhoduje. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

1) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).