Prohlášení o souběhu poskytování sociální služby

Jméno klienta ………………………………………………………………………………………………………………

Bydliště ……………………………………………………………………………………………………………………….

Datum narození ………………………………………………………………………………………………………….

Zastoupený………………………………………………………………………………………………………….

Prohlašuji, že jsem byl informován o možnosti využít snížené platby v souladu s vyhláškou 440/2022 v případě, že součet hodin základních úkonů sociální služby dle §….. zák. 108/2006 Sb. v platném znění přesáhne 80 hodin v daném měsíci.

Využívám jinou sociální službu/služby:

Ne

Ano

Poskytovatel 1……………………………………………………………………………………………

Poskytovatel 2……………………………………………………………………………………………

Zavazuji se, že budu včas a pravdivě informovat poskytovatele služby o využívání služeb jiného poskytovatele. Informace o rozsahu využitých služeb budu předávat …………………………(písemně, e-mailem…) do xx dne následujícího měsíce po měsíci, kdy byly služby poskytnuty

V……………………………… dne Podpis klienta…………………………

Souhlas s výměnou informací

Dávám tímto souhlas, aby poskytovatel……………………………………………………………………………………………

komunikoval s poskytovatelem/poskytovateli ………………………………………………………………………………… stran rozsahu využití základních úkonů sociální služby dle §….. zák. 108/2006 Sb. v platném znění

Tento souhlas je udělen po dobu využívání sociální služby.

V……………………………… dne Podpis klienta…………………………