



**MĚSTO BLOVICE**  
**RADA MĚSTA BLOVICE**

Masarykovo náměstí 143, 336 01 Blovice, tel.: 371 516 121

---

**Žádost o nájem bytu v Domě s pečovatelskou službou**  
(dále uvedeno pouze DPS)

Označte, prosím, požadovanou lokalitu (podtržením):

**DPS na ulici 5. května 663 v Blovicích**  
**DPS ve Vlčicích č.p. 70**

<b>Jméno a příjmení žadatele:</b>	Datum narození:
Rodinný stav:	Občanství:
Místo trvalého pobytu, PSČ:	Kontaktní telefon:
<b>Jméno a příjmení spolužadatele:</b>	Datum narození:
Rodinný stav:	Občanství:
Místo trvalého pobytu, PSČ:	Kontaktní telefon:

Jsem poživatелеm plného invalidního důchodu - starobního důvodu -  
vdovského důvodu - vdoveckého důchodu (nehodící se škrtněte)

Žádost si podávám z těchto důvodů:

.....  
.....  
.....

V případě, že žádám o nájem bytu do DPS, souhlasím s podmínkami přijetí:

- žadatel nesmí být upoután na lůžko (není zde zajištěn stálý lékařský ani pečovatelský dohled),
- v bytě je zakázán chov domácích zvířat,
- souhlas s uzavřením nájemní smlouvy na 1 rok ( v případě bezkonfliktního soužití v domě bude automaticky prodlužována),
- v případě uzavření nájemní smlouvy nutnost přehlášení svého místa trvalého pobytu na adresu DPS.

**V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších změn a předpisů, souhlasím se zpracováním osobních údajů o mé osobě pro účely posouzení mé žádosti a řízení v této věci. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání mé žádosti a dobu nutnou k archivaci.**

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

Podpis žadatele: .....

Podpis spolužadatele: .....



**MĚSTO BLOVICE**  
**RADA MĚSTA BLOVICE**

Masarykovo náměstí 143, 336 01 Blovice, tel.: 371 516 121

---

**Žádost o nájem bytu v Domě s pečovatelskou službou**  
(dále uvedeno pouze DPS)

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

**Vyplní žadatel:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... rodné číslo: .....

Místo trvalého pobytu: .....

.....

**Vyplní lékař:**

Potvrzuji, že žadatel .....

je schopen                      není schopen

umístění v DPS (nehodící se škrtněte).

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

Jméno a adresa praktického lékaře:.....

Razítko a podpis lékaře: