**ŽÁDOST PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE HMP O ZAŘAZENÍ NOVÝCH/NAVÝŠENÍ/SNÍŽENÍ/VYŘAZENÍ KAPACIT[[1]](#footnote-1) DO KRAJSKÉ SÍTĚ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ HMP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Údaje o žadateli:** | | Název organizace: | | | IČO: |
|  | | |  |
| **Sídlo organizace:** | | Ulice, č.p | | Obec | PSČ |
|  | |  |  |
| **Adresa poskytování služby:** | | Ulice, č.p | | Obec | PSČ |
|  | |  |  |
| **Kontaktní údaje:** | | Kontaktní osoba | | Telefon | Email |
|  | |  |  |
| **Statutární zástupce:** | | Jméno | | Telefon | Email |
|  | |  |  |
| **Údaje o poskytované sociální službě** | | | | | |
| **Registrační číslo služby:** | | | | **Druh sociální služby** | |
|  | | | |  | |
| **Forma poskytování sociální služby:** | | | | | |
| **Kapacitní jednotka[[2]](#footnote-2)** | **Počet jednotek, které již má služba zařazené v Krajské síti** | | **Počet jednotek, o které chce služba upravit kapacitu v Krajské síti** | | **Výsledný požadovaný počet jednotek v Krajské síti** |
| Lůžko |  | |  | |  |
| Úvazek |  | |  | |  |
| Hodiny přímé péče |  | |  | |  |
| V dne: | | | Razítko a podpis: | | |

1. Nehodící se škrtněte [↑](#footnote-ref-1)
2. Jde o kapacitní jednotku, kterou je daný druh sociální služby zařazen v Krajské síti sociálních služeb (viz příloha SPRSS: Krajská síť sociálních služeb podle organizací a kapacit na území hlavního města Prahy) [↑](#footnote-ref-2)