**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Paní: .............................................................

Datum narození: ...........................................

**Potvrzuji jako registrující lékař/ka že zájemce/kyně, splňuje zdravotní způsobilost pro**

**poskytování služby dle zákona č. 108/2006 Sb. - azylové domy.**

Dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH

SLUŽEB

$36

**Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže**

a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,

b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,

nebo

c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní

soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním

režimem.

ACORUS - centrum pro osoby ohrožené domácím násilím,
Sokolovská 14/324, Praha 9, l90 00

je určen pro přechodné ubytování osob v tíživé sociální situaci.

Nejedná se o léčebné zařízení, nejedná se o zařízení se zvláštním režimem.

Uživatelé služeb jsou ubytováni v bytových jednotkách se společným sociálním zařízením.

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

Razítko a podpis: