**POTVRZENÍ**

Potvrzujeme, že níže uvedení jsou/byli klienty zařízení **Domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Salašská začleněného do Sociálních služeb Uherské Hradiště, příspěvková organizace /** **Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová začleněného do Sociálních služeb Vsetín, příspěvková organizace** *(nehodící se škrtněte)* a prohlašujeme, že informace uvedené v tomto potvrzení jsou úplné a pravdivé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno klienta** | **Poskytovaná návazná služba** | **Uživatelem sociální služby** |
| **Poskytovatel** | **Druh sociální služby** | **Identifikátor** | **OD**(např. 1. 1. 2013) | **DO**(např. den podání žádosti, tj. např. 20. 8. 2015) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

V(e) ……………………………………..………… dne .......................................

Osoba odpovědná za zpracování (*titul, jméno, příjmení, telefon, e-mail, podpis):*

Vedoucí transformovaného zařízení (*titul, jméno, příjmení, telefon, e-mail, podpis, příp. razítko):*