



Informovaný souhlas o možnosti využití snížené sazby

Klient:

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Trvalé bydliště, PSČ:.....

Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti využití snížené platby v souladu s vyhláškou 440/2022 v případě, že součet hodin základních činností sociální služby osobní asistence dle § 39 zák. 108/2006 Sb. v platném znění dosáhne minimálně 80 hodin v daném měsíci.

V dne:.....

.....
Podpis klienta osobní asistence

.....
Podpis zastupujícího