

ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

Meno a priezvisko žiadateľa _____

Rodné priezvisko _____ Dátum narodenia _____

Adresa pobytu _____ Okres _____

Bydlisko _____ PSČ _____

Telefón _____ Email _____

Štátne občianstvo _____

Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby

V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko _____

Adresa zákonného zástupcu _____

Telefón _____ Email _____

Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať fyzickej osobe (hodiace sa zaškrtnite):

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| zariadenie pre seniorov | <input type="checkbox"/> |
| zariadenie opatrovateľskej služby | <input type="checkbox"/> |
| opatrovateľská služba | <input type="checkbox"/> |
| denný stacionár | <input type="checkbox"/> |
| odľahčovacia služba | <input type="checkbox"/> |
| prepravná služba | <input type="checkbox"/> |

Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

- | | |
|------------|--------------------------|
| terénna | <input type="checkbox"/> |
| ambulantná | <input type="checkbox"/> |
| denná | <input type="checkbox"/> |
| týždenná | <input type="checkbox"/> |
| celoročná | <input type="checkbox"/> |

Deň začatia poskytovania sociálnej služby _____

Čas poskytovania sociálnej služby: _____
(pri opatrovateľskej službe uviesť počet hodín)

- na dobu určitú
 na dobu neurčitú

Mám – nemám priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny.

Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka*)

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Žiar, Žiar 102, 032 05 Smrečany podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka*)

* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

Poskytovateľovi sociálnej služby je potrebné doručiť:

1. Potvrdenie o príjme za aktuálny a predchádzajúci rok (aj príjem spoločne posudzovanej osoby - manžel, manželka)
2. Vyhlásenie o majetku žiadateľa – úradne overené
3. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu