



Obec Michalová

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien).....
Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....
Adresa aktuálneho pobytu.....PSČ.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....
Štátne občianstvo.....Národnosť.....Číslo obč. preukazu.....
Druh dôchodku.....Výška dôchodku.....

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....

3. Rodinný stav*:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Slobodný (á) | <input type="checkbox"/> Rozvedený (á) |
| <input type="checkbox"/> Ženatý | <input type="checkbox"/> Ovdovený (á) |
| <input type="checkbox"/> Vydatá | <input type="checkbox"/> Žijem s druhom (s družkou) |

4. Žiadateľ/ka býva*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom dome | <input type="checkbox"/> V podnájme |
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom byte | <input type="checkbox"/> Iné (uved'te)..... |
| Počet obytných miestností..... | Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....
(okrem žiadateľa/ky) |

5. Druh požadovanej sociálnej služby*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Opatrovateľská služba | <input type="checkbox"/> Denný stacionár |
| <input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov | <input type="checkbox"/> Zariadenie opatrovateľskej služby |

6. Forma sociálnej služby*:

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terénna | <input type="checkbox"/> Ambulantná | <input type="checkbox"/> Pobytová |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

7. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

(uved'te dátum)

.....

8. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby*: na dobu neurčitú na dobu určitú (uved'te dátum).....**9. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ/ka želal/a byť umiestnený/á:**

(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

10. Máte 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?* áno nie

* hodiace sa zaškrtnite

11. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Telefón

12. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľ/a/ky

(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt

13. Vyhlásenie žiadateľ/a/ky (inej fyzickej osoby)

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý (á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

V, dňa.....

.....

(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

14. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z.z.o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem súhlas Obci Michalová, Trosky 1, 976 57 Michalová, so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel spracúvania sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb zo strany obce. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§14).

V, dňa.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

V, dňa.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Povinné prílohy

- Kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu
- Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa
- Potvrdenie o príjme za predchádzajúci mesiac (aj príjem spoločne posudzovanej osoby - manžel / manželka)
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu (úradne overené)

Zoznam príloh (ak boli vydané)

- Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony

Kópia listiny o ustanovení za opatrovník

