Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

Žiadateľ (meno a priezvisko)

.....

rodné priezvisko .....

rodinný stav .....

dátum a miesto narodenia .....

číslo občianskeho preukazu .....

Štátne občianstvo .....národnosť.....

Adresa trvalého pobytu .....

PSČ ..... okres .....

telefón .....e-mail .....

Adresa prechodného pobytu .....

PSČ .....okres .....

telefón .....e-mail .....

Korešpondenčná adresa

.....

Vyplniť v prípade, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu

Príjmy žiadateľa

Druh dôchodku ..... Výška dôchodku .....

Iný príjem ..... Výška iného príjmu .....

Majetok žiadateľa

Hotovosť (u koho, koľko) .....

Vklady (výška, banka) .....

Pohľadávky (výška, u koho) .....

Nehnuteľný majetok .....

Životné poistenie (názov poisťovne) .....

Žiadateľ býva vo vlastnom dome-byte, v podnájme, u príbuzných , osamelo – podčiarknuť

Názov poskytovateľa: Domov seniorov AMBRÓZIA Idősek otthona

Miesto poskytovania sociálnej služby: Šamorín, Kasárenská ulica 2673/1/A ; 2943/1/B

Druh sociálnej služby, ktorá má byť žiadateľovi poskytnutá – podčiarknuť

- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- opatrovateľská služba
- iný

Forma sociálnej služby

- terénna
- pobytová (celoročná, týždenná, ambulantná)

.....

Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby:
.....

Čas poskytovania sociálnej služby:
.....

(neurčitá, určitá – uviesť, ak určitá uviesť aj do kedy)

Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu:

Číslo ..... vydal .....

*Pozn. Súčasťou právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu je aj posudok o odkázanosti na sociálnu službu.

Integrovaný posudok

Číslo ..... vydal .....

Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony:

meno a priezvisko: .....

adresa: .....PSČ.....

tel. kontakt: ....e-mail .....

Údaje o rodinných príslušníkoch žiadateľa: (manžel/ka, rodičia, deti, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	adresa	príbuzenský pomer	tel.kontakt
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Osoba, ktorej sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa:

Meno a priezvisko	adresa	príbuzenský pomer	tel.kontakt
.....	.....	.....	.....

Vyhlásenie žiadateľa / zákonného zástupcu:

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V súlade s ustanoveniami zákona č. 18/2018 Z.Z. o ochrane osobných údajov a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov, potrebných a súvislosti so žiadosťou o zabezpečenie poskytovania í sociálnej služby. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania.

V Šamoríne, dňa .....

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu

Zoznam príloh:

Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu alebo

Integrovaný posudok o odkázanosti na sociálnu službu

Potvrdenie o príjme žiadateľa (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, dávka v hmotnej núdzi...) -aj osôb, ktorých príjmy sa spoločne posudzujú a spoločne započítavajú

Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu