

Ž I A D O S Ť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Obec Jablonov Odtlačok pečiatky podateľne
---	---

Údaje o žiadateľovi

Meno:	Priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodinný stav:	Štátne občianstvo:
Trvalé bydlisko:	č. PSČ:	Soc. postavenie:
Kontaktná osoba:	Tel. číslo:	
Potreba bezodkladného poskytnutia Soc.služby § 8 odst. 6 :	áno / nie	

A. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie

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

B. Forma sociálnej služby

ambulantná	<input type="checkbox"/>	Pobytová	
terénna	<input type="checkbox"/>	denný pobyt	<input type="checkbox"/>
pobytová	<input type="checkbox"/>	týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
iná	<input type="checkbox"/>	celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

C. Odôvodnenie žiadosti

D. Prečo rodinní príslušníci nemôžu zabezpečiť starostlivosť?

E. Bytové pomery žiadateľa

Druh nehnuteľnosti	Právny vzťah
rodinný dom <input type="checkbox"/>	vlastník/spoluvlastník <input type="checkbox"/>
byt <input type="checkbox"/>	nájomca <input type="checkbox"/>
	podnájomník <input type="checkbox"/>

F. Údaje o príbuzných (manžel/ka, deti, iní)

Meno a priezvisko	Trvalé bydlisko	Zamestnávateľ (škola)	Príbuzenský vzťah	Kontakt (číslo telefónu)

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

Meno:	Priezvisko:
Dátum narodenia:	Kontakt:
Trvalé bydlisko:	
Číslo rozhodnutia:	Právoplatné dňa:

H. Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov

Ako dotknutá osoba dávam prevádzkovateľovi – Obecný úrad, Jablonov č. 165, 053 03 Jablonov pri Levoči, súhlas so spracovaním mojich osobných údajov v zmysle § 5 písm. a) a v zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v rozsahu predloženom v žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu vrátane jej príloh, na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu.

Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§ 14). Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené § 19 - § 25 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Dňa:
.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

I. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti hlásiť zmeny rozhodujúcich skutočností.

Dňa:
.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

Dňa :
.....
Pečiatka a podpis lekára

K žiadosti je potrebné doložiť:

- lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov)
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak bolo vydané)