



**ŽIADOSŤ
O ZABEZPEČENIE
POSKYTOVANIA
SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

**Platanum n.o.,
SNP 299/65,
919 04
Smolenice**

1. Žiadateľ: _____		
Meno a priezvisko, rodné priezvisko		
2. Narodený: _____		
Deň, mesiac, rok, miesto, okres narodenia		
3. Bydlisko: _____		
Obec, ulica, číslo, okres, pošta PSC		
4. Štátne občianstvo:	Národnosť:	
5. Rodné číslo:	Číslo OP:	ŤZP preukaz: áno/nie
Zdravotná poisťovňa:	Diabetik: áno/nie	Inzulín: áno/nie
6. Rodinný stav: _____		
slobodný(á), ženatý, vydatá, rozvedený(á), ovdovený(á)		
7. Vzdelanie: _____		
Povolanie: _____		
8. Druh sociálnej služby: zariadenie pre seniorov		
9. Forma sociálnej služby: celoročný pobyt		
10. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:		
11. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby: neurčitá doba		
12. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu v zariadení pre seniorov: _____		
Číslo, vydal, dátum nadobudnutia právoplatnosti:		
13. Príjem žiadateľa (budúceho prijímateľa sociálnej služby) :		
Druh dôchodku:	Aktuálna výška dôchodku v Eur:	
14. Platiteľ poskytovanej sociálnej služby a ďalších služieb bude:		
_____	_____	
Meno a priezvisko:	Dátum narodenia:	
_____	_____	
Trvalé bydlisko:	Príbuzenský pomer:	

15. Meno a priezvisko manžela(ky), dátum narodenia, príp. úmrtia

16. Meno a priezvisko zákonného zástupcu, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

17. Uveďte, komu môžeme podávať správy o zdravotnom stave alebo úmrtí?

1./ _____
Meno a priezvisko: _____ Telefonický kontakt: _____

2./ _____
Meno a priezvisko: _____ Telefonický kontakt: _____

3./ _____
Meno a priezvisko: _____ Telefonický kontakt: _____

4./ _____
Meno a priezvisko: _____ Telefonický kontakt: _____

18. Je žiadateľ veriaci? áno/nie

Cirkev:

Vyhlasenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé.

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti v zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

V dňa
.....
..... podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

V prípade, že žiadateľ (budúci prijímateľ sociálnej služby) zo zdravotných dôvodov nie je schopný vlastnoručného podpisu, je potrebné túto skutočnosť potvrdiť lekárom.

Potvrdzujem, že p..... nar. nie je schopný/á vlastnoručného podpisu.

Meno a priezvisko lekára:

V dňa
.....
..... podpis a pečiatka lekára