



Obec Demänovská Dolina

Demänovská Dolina 258

031 01 Liptovský Mikuláš

Pečiatka

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

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“)

K žiadosti je potrebné doložiť potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave.

Meno a priezvisko žiadateľa _____

Rodné priezvisko _____ **Dátum narodenia** _____

Trvalý pobyt _____ **PSČ** _____

Telefón _____ **Email** _____

Štátne občianstvo _____

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

Meno a priezvisko _____

Adresa zákonného zástupcu _____

Telefón _____ Email _____

Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) _____

Ak je žiadateľ dôchodca: druh a výška dôchodku _____

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov

zariadenie opatrovateľskej služby

denný stacionár

opatrovateľská služba

Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

terénna

ambulantná

denná

týždenná

celoročná

Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností _____

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti _____

Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Adresa

Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti: manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Adresa

V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

Vyhlasenie 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 mestu Liptovský Mikuláš, Štúrova 1989/41, 031 42 Liptovský Mikuláš podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. 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 posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, 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.