

**ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE
SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

**LIKAVA – centrum sociálnych služieb
034 95 Likavka 9**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko u žien aj rodné priezvisko			
Narodený			
deň, mesiac, rok	rodné číslo	miesto narodenia	okres
Adresa trvalého pobytu:		PSC	Číslo OP:
Adresa pre posielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska)			
Telefón:		e-mail:	

2. Kontaktná osoba (vzťah)

Meno a priezvisko
Adresa pre posielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska)

3. Druh sociálnej služby

Poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek typu:

- ☒ Zariadenie pre seniorov ☐ Domov sociálnych služieb pre dospelých
- ☐ Špecializované zariadenie ☐ Odľahčovacia služba

4. Forma sociálnej služby

- ☐ pobytová sociálna služba

5. Deň začatia poskytovania sociálnej služby

6. Čas poskytovania sociálnej služby

- ☐ na dobu neurčitú ☐ na dobu určitú do:

7.	Príjmy žiadateľa
	☐ Druh dôchodku _____ Výška dôchodku _____ ☐ Iný príjem _____ Výška _____
8.	Majetok žiadateľa
	☐ hotovosť (u koho, koľko) _____ ☐ vklady (výška, banka) _____ ☐ pohľadávky (výška, u koho) _____ ☐ nehnuteľný majetok _____
9.	Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu)
	Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadované náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v ZSS. Súhlasím, aby môj dôchodok sa mi vyplácal prostredníctvom ZSS, po zrážke úhrady za nevyhnutné služby poskytované v zariadení sociálnych služieb. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v zariadení sociálnych služieb. Dňa: čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ zákonného zástupcu
10.	Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov
	Prehlasujem, že LIKAVA – centrum sociálnych služieb si voči mne pri získavaní mojich osobných údajov splnila informačnú povinnosť v zmysle čl. 13 Všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov – Nariadenia EP a Rady (EÚ) č. 2016/679 (GDPR) a poskytla mi informácie o spracúvaní mojich osobných údajov.¹ podpis žiadateľa
11.	Potvrdenie lekára
	☐ Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb a uzavrieť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby. Dátum: podpis a pečiatka lekára
12.	Zoznam príloh:
	- rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu - posledné rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne - ak je žiadateľ poberateľom sociálnych dávok, posledné rozhodnutie o priznaní týchto dávok - doklady o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie) - iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy V dňa podpis žiadateľa

¹ Informácia o spracúvaní osobných údajov je v elektronickej forme na stránke poskytovateľa pri Žiadosti o zabezpečenie sociálnej služby (ďalej len „žiadosť“), alebo je zasielaná na e-mail žiadateľa a je určená len na oboznámenie žiadateľa (neprikladá sa k zasielanej/odovzdanej žiadosti). Informácia o spracúvaní osobných údajov je v prípade, že žiadateľ vyplní žiadosť u poskytovateľa osobne poskytnutá sociálnym pracovníkom, ktorý prijíma žiadosť v písomnej forme (tlačivo FM 94_Soc).