

**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. Zákonný zástupca

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 V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, dávam súhlas zariadeniu sociálnych služieb na spracúvanie mojich osobných údajov uvedených v žiadosti a rozsahu § 94 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb v zariadení, po dobu poskytovania sociálnych služieb. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnej pomoci a sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov dávam na dobu plnenia účelu ich poskytnutia. 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	