

**Žiadosť o uzatvorenie**

**zmluvy**

**o poskytovaní sociálnej služby**

Pečiatka

Tel. 041/500 51 27 - sociálny úsek

**Žiadateľ**

Meno

a priezvisko.....

**Osoba, ktorej sa má služba poskytovať**

Meno a

priezvisko.....

Rodné priezvisko /u

žien/.....

Dátum narodenia.....v

Občiansky preukaz číslo..... Rodné  
číslo.....

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Rodinný stav: slobodný /á/ ☐ ženatý, vydatá ☐ ovdovený /á/ ☐ rozvedený /á/ ☐

Žije s druhom, s  
družkou.....

Bývanie: vo vlastnom dome ☐ vo vlastnom byte ☐ v podnájme ☐ iné ☐

Počet obytných miestností ..... počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

Druh a suma dôchodku mesačne v €

Iné príjmy ročne v €

**Osoba, ktorej príjem sa spoločne posudzuje s príjmom osoby, ktorej sa má služba poskytovať**

Meno

a priezvisko.....

**Druh sociálnej služby**

Sociálna služba v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dosiahli dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre seniorov potrebujú z iných vážnych dôvodov: ZpS ☐ DSS ☐

**Forma sociálnej služby:** pobytová, celoročná ☐

**Deň začatia poskytovania sociálnej  
služby**.....

**Stravovanie:** racionálna strava ☐ diabetická strava ☐

**Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení? Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

.....

.....

.....

**Rodinní príslušníci /manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta/ susedia a priatelia:**

| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Adresa bydliska | Telef. kontakt domov | Názov a adresa zamestnávateľa | Telef. kontakt do práce |
|-------------------|-------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------|
|                   |                   |                 |                      |                               |                         |
|                   |                   |                 |                      |                               |                         |
|                   |                   |                 |                      |                               |                         |

**Meno, priezvisko, telefón a adresa osoby /inštitúcie/, ktorá má vypraviť pohreb**

.....

.....

**Spôsob pohrebu**

Uloženie do zeme - na cintoríne v .....okres .....

Spopolnenie – miesto uloženia urny .....

**Vyhlásenia žiadateľa, príp. súdom ustanoveného opatrovníka, zákonného zástupcu**

1. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

2. Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Zariadeniu pre seniorov a domovu sociálnych služieb Žilina, Karpatská 8,9, 010 08 Žilina podľa zákona č. 428/2008 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účely poskytovania sociálnej služby až do ukončenia poskytovania sociálnej služby resp. ukončenia dedičského konania. 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 § 20 zákona č. 428/2008.

V ....., dňa:.....

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
príp. súdom ustanoveného opatrovníka, zákonného zástupcu

**Prílohy žiadosti:**

- Právoplatné rozhodnutie a posudok o odkázanosti na sociálnu službu – **len overená kópia** /overuje notár alebo matrika/
- Rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne Bratislava
- Potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok zo Sociálnej poisťovne, ktoré príbuzným vydajú na základe Vašej písomnej žiadosti
- V zmysle § 72 ods. 8 Zákona č.448/2008 o sociálnych službách a § 18 Zákona č.447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP **Čestné vyhlásenie overené notárom alebo na matrike** – tlačivo ZpS DSSZA, Karpatská 8,9, Žilina
- negatívne vyšetrenie na bacilonosičstvo: RTG pľúc a 3x negatívny výsledok z tampóna stolice oboje nie staršie ako ½ roka + potvrdenie o bezinfekčnosti prostredia
- V prípade ustanovenia opatrovníka žiadame doložiť rozhodnutie súdu o určení opatrovníka
- Plnomocenstvo alebo splnomocnenie na určité úkony
- Rozhodnutie o ustanovení osobitného príjemcu pre príjem dávky dôchodkového zabezpečenia /ak je ustanovený osobitný príjemca/
- Daňové priznanie za predch. kal. rok alebo potvrdenie o príjme zo závislej činnosti za predch. kal. rok /osoba, ktorej sa má služba poskytovať aj osoba, ktorej príjem sa spoločne posudzuje s príjmom osoby, ktorej sa má služba poskytovať/
- Posledné psychiatrické vyšetrenie

**So sebou si prineste platný občiansky preukaz žiadateľa /resp. osoby, ktorej sa má služba poskytovať/ a zákonného zástupcu alebo opatrovníka.**