



MESTO SNINA

ZARIADENIE OPATROVATELSKEJ SLUŽBY – DRUŽBA ,

Námestie Božieho milosrdenstva 2845/1, 069 01 Snina

ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

V zmysle zákona 448/2008 Z.z. o poskytovaní sociálnych služieb a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

1. ŽIADATEĽ:

Priezvisko: Meno: Titul:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Štátne občianstvo: Národnosť:

2. ADRESA TRVALÉHO POBYTU ŽIADATEĽA:

Ulica: Číslo domu:

Obec: PSČ:

3. ADRESA SÚČASNÉHO POBYTU ŽIADATEĽA(AK NIE JE TOTOŽNÁ S ADRESOU TRVALÉHO POBYTU):

Ulica: Číslo domu:

Obec: PSČ:

4. RODINNÝ STAV: Slobodný (á) Ženatý/vydatá
Rozvedený (á) Ovdovený(á)
Žijem s druhom (družkou)

5. KONTAKTNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA ALEBO OSOBY, KTORÁ ŽIADOSŤ PODÁVA:

Telefónne číslo: E-mail:

6. DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Zariadenie opatrovateľskej služby

7. FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Celoročná pobytová

8. MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Zariadenie opatrovateľskej služby – Družba, Námestie Božieho milosrdenstva 2845/1, 069 01 Snina

9. PREDPOKLADANÝ DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

(vyplniť dátum od kedy):

.....

10. ROZSAH POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Zmluvu žiadam uzatvoriť: - na dobu neurčitú:

- na dobu určitú: , od do.....

11. ÚDAJE O PRÍJME ŽIADATEĽA:

Druh dôchodku: starobný vdovský/vdovecký invalidný

výsluhový

Výška dôchodku:

Iný príjem alebo dôchodok zo zahraničia:

Výška iného príjmu:

.....

Príjem spolu za mesiac (EUR):

.....

12. ŽIADATEĽ BÝVA:

vo vlastnom dome/byte v podnájme

osamelo u príbuzných

13. SPOLOČNE POSUDZOVANÉ OSOBY:

Meno a priezvisko

vzťah k žiadateľovi

bydlisko /kontakt

Meno a priezvisko	vzťah k žiadateľovi	bydlisko /kontakt

14. OSOBY V PRÍBUZENSKOM VZŤAHU SO ŽIADATEĽOM:

Meno a priezvisko

vzťah k žiadateľovi

bydlisko/ kontakt

Meno a priezvisko	vzťah k žiadateľovi	bydlisko/ kontakt

15. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA (V PRÍPADE OBMEDZENIA SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY)

Priezvisko:Meno: Titul:

Vzťah k žiadateľovi:

Adresa:

Ulica:Číslo domu:

Obec: PSČ:

Telefónne číslo:E-mail:

Číslo rozhodnutia súdu:Zo dňa:

16. FYZICKÁ OSOBA PODÁVAJÚCA ŽIADOSŤ NAMIESTO ŽIADATEĽA

(splnomocnenec na základe generálnej plnej moci) :

Priezvisko:Meno:Titul:

Vzťah k záujemcovi:

Adresa:

Ulica:Číslo domu:

Obec: PSČ:

Telefónne číslo:

E-mail:

Podľa § 92, ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára :

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

Pečiatka a podpis lekára :

17. VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU/ OPATROVNÍKA):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonný zástupca / opatrovník)

18. SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM ÚDAJOV:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonný zástupca / opatrovník)

19. ZOZNAM POVINNÝCH PRÍLOH:

- a) Potvrdenie o príjme (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, dávka v hmotnej núdzi...),
- b) Kópia právoplatného rozhodnutia a posudku o odkázanosti na sociálnu službu
- c) Kópia rozhodnutia súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a o ustanovení opatrovníka (v prípade, ak je vydané)
- d) Kópia Generálnej plnej moci (ak podáva žiadosť iná osoba)