

ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

1. Žiadateľ

.....
priezvisko (u žien aj rodné)

.....
meno

2. Narodený

.....
deň, mesiac, rok

.....
miesto

3. Bydlisko

Adresa trvalého pobytu:

.....
obec (mesto)

.....
ulica, číslo

.....
pošta

.....
PSČ

Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu:

.....
obec (mesto)

.....
ulica, číslo

.....
telefonický kontakt

.....
e-mail

4. Štátne občianstvo: Národnosť:

5. Rodinný stav:

6. Druh sociálnej služby:

7. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

ambulantná

terénna

pobytová

8. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

9. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby:

10. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu:

Vydal: dňa

poznámka: Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti je nutné predložiť spolu so žiadosťou o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

11. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa

druh dôchodku výška dôchodku
iný príjem (odkiaľ?, aký?) výška iného príjmu
Hotovosť (u koho)?
Vklady (kde)?
Pohľadávky (u koho)?
Nehnutelný majetok (druh, výmera, kde)?
Životné poisťky (poisťovňa a číslo poisťky)?

poznámka: O príjmových pomeroch občana predloží potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok.

12. Žiadateľ býva

vo vlastnom dome - byte (štátnom, družstevnom, rodinnom dome)
.....
v podnájme (u príbuzných)
osamelo
počet obytných miestností

13. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom: (manžel/manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

14. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára

16. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa (ulica, číslo domu, PSČ, obec)

Telefonický kontakt e-mail

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

17. 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 (zákonného zástupcu)

18. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

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

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

19. Zoznam príloh

- posudok o odkázanosti na sociálnu službu (pri žiadosti o prepravnú službu, opatrovateľskú službu a sociálnu službu v zariadení pre seniorov)
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, (k posudku doložiť aj kópiu lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu)
- potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok
- doklady o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie)
- iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko zamestnanca OcÚ Fintice