v

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**1.Ziadateľ**

**Meno a priezvisko:** **Rodné priezvisko:**

2. Dátum narodenia

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Bydlisko: | PSC: |
| Telefón: | E-mail: |

v

4. Štátne občianstvo:

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): | |
| slobodný (á) | □ |
| ženatý | □ |
| vydatá | □ |
| rozvedený (á) | □ |
| ovdovený (á) | □ |

**6. Ak je žiadateľ dôchodca:**

**Druh dôchodku:**

**Výška dôchodku:**

|  |  |
| --- | --- |
| 7. Druh sociálnej služby, na ktorý má byť fyzická osoba posúdená  (hodiace sa zaškrtnite): | |
| Opatrovateľská služba | □ |
| Zariadenie pre seniorov | □ |
| Zariadenie opatrovateľskej služby | □ |
| Prepravná služba | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite) | |
| Terénna | □ |
| Ambulantná | □ |
| Pobytová | □ |
| iná | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite): |  |
| Vo vlastnom dome | □ |
| Vo vlastnom byte | □ |
| V podnájme | □ |
| Počet obytných miestností: |  |
| Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti: | |

10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 12. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti: | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?
2. **V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

**Meno a priezvisko:**

**Adresa zákonného zástupcu:**

Telefón: E-mail:

1. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?
2. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):

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

Dňa

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

1. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Batizovce, podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. 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. 428/2002 Z.z..

Dňa

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Príloha: Lekársky nález na účely konania