|  |  |
| --- | --- |
| **Ž I A D O S Ť**  **o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby** | **Obec Slovinky**  Odtlačok pečiatky podateľne |

### **Údaje o žiadateľovi**

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko: Titul: |
| Dátum narodenia: Rodinný stav: |
| Trvalé bydlisko: |
| Štátne občianstvo: Soc. postavenie: |
| Kontaktná osoba: Tel. číslo : |

1. **Druh a forma sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať žiadateľovi**

|  |
| --- |
| Druh sociálnej služby : |
| Forma sociálnej služby : |

1. **Predpokladaný deň začatia a čas poskytovania sociálnej služby**

|  |
| --- |
| Deň začatia poskytovania sociálnej služby : |
| Čas poskytovania sociálnej služby : |

1. **Príjmové pomery žiadateľa a ďalších spoločne posudzovaných osôb**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Príjem** | **Žiadateľ** | **Spoločne posudzované osoby** |
| Dôchodky (uviesť druh a výšku) |  |  |
| Iné príjmy (uviesť druh a výšku) |  |  |

## **Majetkové pomery žiadateľa a ďalších spoločne posudzovaných osôb**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vlastníctvo** | **Žiadateľ** | **Spoločne posudzované osoby** |
| Nehnuteľnosti |  |  |
| Hnuteľné veci vyššej hodnoty (napr. auto- rok výroby) |  |  |
| Iné |  |  |

1. **Údaje o príbuzných (manžel/ka, deti, iní)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Trvalé bydlisko** | **Zamestnávateľ** | **Príbuzenský vzťah** | **Kontakt číslo telefónu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony\***

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko: |
| Dátum narodenia: Kontakt: |
| Trvalé bydlisko: Ulica, číslo: PSČ: |
| Číslo rozhodnutia: Právoplatné dňa: |

\* k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

1. **Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov**

|  |
| --- |
| Ako dotknutá osoba dávam prevádzkovateľovi – Obecný úrad Slovinky č. 58, 053 40 Slovinky, súhlas so spracúvaním osobných údajov v zmysle § 5 písm. a) a v zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel zabezpečenia sociálnej služby.  Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§ 14).  Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené § 19 - § 25 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.  Dňa: .................................... ............................................................  podpis žiadateľa / zákonného zástupcu |

1. **Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov**

|  |
| --- |
| Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti hlásiť zmeny rozhodujúcich skutočností. Dňa: .................................... .........................................................  podpis žiadateľa / zákonného zástupcu |

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

* právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
* potvrdenie o príjme žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, rozhodnutie o priznaní dávky sociálnej pomoci...)
* vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu
* vyhlásenie o príjme fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu
* právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak bolo vydané)
* potvrdenie Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o poskytovaní peňažných príspevkov na kompenzáciu ŤZP

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 ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

|  |
| --- |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby  Dňa : ............................ ......................................................  Pečiatka a podpis lekára |
|  |