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

A. Údaje o žiadateľovi

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

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

Druh sociálnej služby :
Forma sociálnej služby :

C. Predpokladaný deň začatia a čas poskytovania sociálnej služby

Deň začatia poskytovania sociálnej služby :
Čas poskytovania sociálnej služby :

D. Príjmové pomery žiadateľa a ďalších spoločne posudzovaných osôb

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

E. Majetkové pomery žiadateľa a ďalších spoločne posudzovaných osôb

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

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

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

G. 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

H. 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

I. 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