

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

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

1. Žiadateľ/ka
meno , priezvisko

2. Narodený/á:
deň, mesiac, rok, miesto, okres

3. Adresa trvalého pobytu: PSČ

4. Názov poskytovateľa soc. služby podľa výberu:

.....

5. Miesto poskytovania sociálnej služby:

6. Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať*

- Domov sociálnych služieb
- Odľahčovacia služba

7. Forma sociálnej služby*

- ambulatná pobytová týždenná celoročná

8. Rozsah(čas) poskytovania sociálnej služby*

- doba neurčitá ● doba určitá do:

9. Zákonný zástupca/opatrovník určený súdom:

.....
meno , priezvisko

.....
korešpondenčná adresa telefón

/ak má žiadateľ obmedzenú spôsobilosť na právne úkony / právoplatné rozhodnutie Okresného

súdu v o obmedzení spôsobilosti na právne úkony zo

dňa..... číslo

10. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú liečbu (ambulantnú, ústavnú), ochrannú výchovu, ochranný dohľad alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

- áno (uviesť číslo rozsudku vydal dňa.....)
- nie

11. Meno a priezvisko, presná adresa a číslo telefónu kontaktnej osoby:

.....
.....

12. Vyhlásenie žiadateľa /zákonného zástupcu alebo opatrovníka určeného súdom / Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol /a/ podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok požadované náhrady vzniknutej škody.

Vdňa:

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis
žiadateľa /zákonného zástupcu/

13. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie v zmysle zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny? *

- áno
- nie

14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu/opatrovníka určeného súdom, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v DSS. Vyhlasuje, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v Domove sociálnych služieb.

15. Týmto udeľujem výslovný súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Trnavskému samosprávnemu kraju, Starohájska 10, 917 01 Trnava, podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a Zákona č. 18/2018 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 zabezpečenia poskytovania sociálnej služby. 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 kapitole III Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov).

Správnosť údajov uvedených v žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa.....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Poznámka: 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.

16. Potvrdenie lekára:

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom k zdravotnému stavu (nie je schopná/ý čítať, písať ani obhajovať svoje práva, právom chránené záujmy a povinnosti) nemôže sám/ma podať žiadosť o zabezpečenie poskytovanie sociálnej služby.

Pečiatka a podpis lekára
