



OBEC LIPTOVSKÁ OSADA
Zariadenie opatrovateľskej služby a Zariadenie pre seniorov

ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle § 8 ods. 7 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 v platnom znení (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

ŽIADATEĽ:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo: _____ Dátum narodenia: _____

Adresa trvalého pobytu: _____ PSČ: _____

Adresa prechodného pobytu: _____

PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

Štátne občianstvo _____

NÁZOV POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY A MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Zariadenie pre seniorov, Zariadenie opatrovateľskej služby, Obec Liptovská Osada 306, 034 73

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA (v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony):

Meno a priezvisko:

Adresa zákonného zástupcu:

_____ Telefón: _____

_____ Email: _____

DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY, ktorá sa má poskytovať fyzickej osobe (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov

zariadenie opatrovateľskej služby

opatrovateľská služba

FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):

terénna



pobytová - celoročná

DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

(napr. pri opatrovateľskej službe uviesť počet hodín)

na dobu určitú

na dobu neurčitú

MÁTE PRIZNANÝ PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK NA OPATROVANIE ALEBO PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK NA OSOBNÚ ASISTENCIU v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny? (hodiace sa zaškrtnite):

áno

nie

VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú uvedené podľa skutočnosti a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka¹)

¹ Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. **POTVRDENIE JE POTREBNÉ PRILOŽIŤ K TEJTO ŽIADOSTI.**



SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

V zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytnutých prevádzkovateľovi týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel zabezpečenia poskytovania sociálnej služby až do uzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby. Osobné údaje sú spracúvané na právnom základe zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov a iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na jeho splnenie. Po skončení účelu spracúvania budú záznamy s osobnými údajmi vymazané z elektronických médií a dokumenty s osobnými údajmi v listinnej forme budú zlikvidované s výnimkou tých, ktoré musia byť v súlade s platnou legislatívou SR naďalej uchovávané počas trvania úložnej doby a po jej uplynutí budú tiež zlikvidované. Dotknutá osoba má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietajú voči ich spracúvaniu, na ich opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania a podať návrh na začatie konania podľa § 100 zákona č. 18/2018 Z. z.

Svojím podpisom potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka¹)

POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

- 1. POTVRDENIE O PRÍJME ŽIADATEĽA A PRÍJME SPOLOČNE POSUDZOVANEJ OSOBY** (manžel, manželka) – vydáva Sociálna poisťovňa
- 2. VYHLÁSENIE O MAJETKU ŽIADATEĽA**– úradne overené
- 3. KÓPIU PRÁVOPLATNÉHO ROZHODNUTIE O ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU v zariadení pre seniorov A POSUDKU O ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU** – vydáva obec v mieste trvalého pobytu žiadateľa