

OBEC SPIŠSKÉ TOMÁŠOVCE
Kostolná 20/12, 052 01 Spišské Tomášovce

ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

1. Žiadateľ Meno a priezvisko..... Rodné priezvisko (u žien)
2. Dátum narodenia
3. Trvalý pobyt Adresa PSČ Telefón e-mail
4. Prechodný pobyt Adresa PSČ
5. Štátne občianstvo
6. Rodinný stav: slobodný (a) † ženatý † vydatá † rozvedený (a) † ovdovený (a) †
7. Druh a forma sociálnej služby, o ktorú žiada- <input type="checkbox"/> Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba) <input type="checkbox"/> Donáška stravy do domácnosti
8. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:
9. Rozsah poskytovania sociálnej služby:

10. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu:

.....
číslo

.....
vydal, dňa

12. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku Mesačne eur

Iné príjmy

13. Žiadateľ býva

Vo vlastnom dome †

Vo vlastnom byte †

V podnájme †

Iné (uveďte)

Počet obytných miestností

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti

14. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

15. Kontaktná osoba

a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa

Telefón e-mail

17. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

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

Dňa

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

18. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov.,

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých 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.

Vdňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

19. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa.....

.....
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

20. Zoznam príloh:

- Posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný
- Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané
- Fotokópie posledného **rozhodnutia o výške dôchodku**, resp. potvrdenia poštového úradu, ak žiadateľ je poberateľom
- **Vyhlásenie o majetku** o fyzickej osoby na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu
- **Vyhlásenie o príjme** fyzickej osoby na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu