

Košický samosprávny kraj Námestie Maratónu mieru 1 Košice	Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby	Pečiatka, dátum podania žiadosti
1. Žiadateľ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> priezvisko meno </div>		
2. Dátum narodenia _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> deň, mesiac, rok miesto </div>		
3. Adresa trvalého pobytu: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> obec ulica, číslo PSČ okres </div> Adresa súčasného pobytu (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu): _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> obec ulica, číslo PSČ </div>		
4. Telefónne číslo _____ kontaktná osoba _____		
5. Rodinný stav <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> slobodný (á) <input type="checkbox"/> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> žijem s druhom (družkou) <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> ženatý, vydatá <input type="checkbox"/> ovdovený (á) <input type="checkbox"/> </div> </div>		
6. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ <u>súdom zbavený</u> spôsobilosti na právne úkony _____ _____		
7. Má žiadateľ súdom nariadenú ochrannú ústavnú liečbu? <input type="checkbox"/> áno (uviesť číslo rozsudku _____ vydal _____ dňa _____) <input type="checkbox"/> nie		
8. Požadovaný druh sociálnej služby <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko </div> </div>		
9. Forma sociálnej služby <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> pobytová ročná <input type="checkbox"/> pobytová týždenná <input type="checkbox"/> ambulantná <input type="checkbox"/> </div>		
10. V ktorom zariadení si žiadateľ žiada byť umiestnený? _____ _____		
11. Príjem žiadateľa: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> starobný dôchodok <input type="checkbox"/> invalidný dôchodok </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> vdovský/vdovecký dôchodok <input type="checkbox"/> výsluhový dôchodok </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> iný príjem _____ (uviesť) mesačne EUR _____ </div> </div>		

12. Žiadateľ býva: vo vlastnom dome vo vlastnom byte v podnájme

13. Osoby majúce trvalý pobyt v spoločnej domácnosti so žiadateľom:

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Bydlisko, tel. číslo

14. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel, manželka, rodičia, deti):

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Zamestnávateľ	Bydlisko, tel. číslo

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

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

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

16. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

17. Zoznam povinných príloh

- kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu (ak bol vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom,
- potvrdenie o príjme (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, dávka v hmotnej núdzi...),
- vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu,
- vyhlásenie fyzickej osoby o príjme získanom predajom nehnuteľného majetku,
- kópia právoplatného rozsudku o nariadenej ochrannnej ústavnej liečbe (ak bola nariadená).

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.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

Pečiatka a podpis lekára