**OBEC VLACHY**

**032 13 Vlachy č. 126**

**ŽIADOSŤ**

**O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA**

**SOCIÁLNU SLUŽBU**

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 v znení neskorších

predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**K ŽIADOSTI JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ POTVRDENIE POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI O NEPRIAZNIVOM ZDRAVOTNOM STAVE.**

**Meno a priezvisko žiadateľa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rodné priezvisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum narodenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Trvalý pobyt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Štátne občianstvo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa zákonného zástupcu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefón\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rodinný stav** (hodiace sa zakrúžkujte):

1. slobodný(á)
2. ženatý
3. vydatá
4. rozvedený(á)
5. ovdovený(á)
6. žije s druhom (s družkou)

**Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zakrúžkuje):

1. zariadenie pre seniorov
2. zariadenie opatrovateľskej služby
3. opatrovateľská služba
4. denný stacionár

**Forma sociálnej služby** (hodiace sa zakrúžkujte):

1. terénna
2. ambulantná
3. denná
4. týždenná
5. celoročná

**Žiadateľ býva** (hodiace sa zakrúžkujte):

1. vo vlastnom dome
2. vo vlastnom byte
3. v podnájme

**Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Meno a priezvisko* | *Príbuzenský pomer* | *Rok narodenia* | *Adresa* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

**Vyhlásenie žiadateľa** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci Vlachy 032 13 Vlachy 126, podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel zabezpečenia poskytovania sociálnej služby až do uzatvorenia zmluvy o poskytovaní 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 § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

\* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania

sociálnej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára

o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba.