

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o
poskytovaní sociálnej služby**

Pečiatka

Telefonický kontakt na sociálny úsek:

K 8, 9 – 041/5674107,104; 0905162519, 0905763785

K 6, 7 – 041/5674213, 5674226; 0905764365

Zaznamenala a doklady prevzala:

Osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať

Meno a priezvisko.....

Rodné priezvisko /u žien/.....

Dátum narodenia..... Miesto narodenia

Občiansky preukaz číslo..... Rodné číslo.....

Štátne občianstvo.....Národnosť.....

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Rodinný stav: slobodný /á/ ženatý, vydatá ovdovený /á/ rozvedený /á/

Žije s druhom, s družkou.....

Druh dôchodku a suma dôchodku mesačne v €

príp. iné príjmy ročne v €.....

Osoba, ktorej príjem sa spoločne posudzuje s príjmom osoby, ktorej sa má služba poskytovať

Meno a priezvisko.....Rodinný stav.....

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Súdom ustanovený opatrovník

Meno a priezvisko.....

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Číslo rozhodnutia o ustanovení opatrovníka.....

Stravovanie: racionálna strava diabetická diéta iná

Mám záujem byť umiestnený na izbe: 1-posteľovej 2-posteľovej nerozhoduje

Máte uložené ochranné liečenie, ochr. výchovu, ochranný dohľad alebo umiestnenie v detenčnom ústave? áno nie

Názov poskytovateľa sociálnej služby: Centrum sociálnych služieb Letokruhy,
Karpatská 3117/9, 010 08 Žilina

Miesto poskytovania sociálnej služby: Karpatská 3107/6, Žilina Karpatská 3107/7, Žilina
 Karpatská 3116/8, Žilina Karpatská 3117/9, Žilina

Druh poskytovanej sociálnej služby:

Zariadenie pre seniorov Domov sociálnych služieb Špecializované zariadenie

Forma sociálnej služby: pobytová, celoročná ambulatná

Predpokladaný deň začatia poskytovania soc. služby a čas poskytovania sociálnej služby:

deň začatia:.....

čas:.....

Rodinní príslušníci /manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta/, ďalší príbuzní a iné osoby:
/ako prvú uveďte osobu, s ktorou budeme najviac komunikovať/

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Adresa bydliska	Telef. kontakt domov	Telef. kontakt do práce	E-mailová adresa

Meno, priezvisko, adresa a telefón osoby, ktorá sa zaväzuje vypravením pohrebu:

.....
.....

Vyhlásenia žiadateľa, príp. súdom ustanoveného opatrovníka, zákonného zástupcu

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

Svojím podpisom dávam súhlas na spracovanie osobných údajov, ktoré som uviedol v tejto žiadosti v zmysle GDPR – Nariadenie európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ako aj Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

V, dňa.....

čitateľný vlastnoručný podpis fyzickej osoby,
ktorej sa má poskytovať sociálna služba,
príp. súdom ustanoveného opatrovníka, zákonného zástupcu

DOKLADY, ktoré je potrebné doložiť:

- Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu – s vyznačenou právoplatnosťou (kópia)
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu (kópia)
- Rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne Bratislava, prípadne iné doklady o príjme za kalendárny mesiac predchádzajúci kalendárnemu mesiacu, v ktorom sa sociálna služba začne poskytovať (kópia)
- Doklady o majetkových pomeroch: Čestné vyhlásenia (**overené notárom alebo na matrike**)
Potvrdenie o príjme spoločne posudzovaných osôb (manžela/manželky) za kalendárny mesiac predchádzajúci kalendárnemu mesiacu, v ktorom sa sociálna služba začne poskytovať (kópia)
(Rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne Bratislava, príp. iné doklady o príjme)
- V prípade ustanovenia opatrovníka Rozhodnutie súdu o ustanovení opatrovníka (**overená kópia notárom alebo na matrike**)
- V prípade osobitného príjemcu Rozhodnutie o ustanovení osobitného príjemcu pre príjem dávky dôchodkového zabezpečenia (kópia)
- Vyjadrenie lekára o bezinfekčnosti **pred nástupom** do kolektívneho zariadenia
- Potvrdenia o povinnom očkovaní podľa § 7 bod 5 a 6 Vyhlášky MZ SR č. 585/2008:
 - proti chrípke (len počas chrípkového obdobia, ak lekár neurčí inak),
 - proti pneumokokovým invazívnym infekciám

***** Pri odovzdávaní dokladov prosíme priniesť k nahliadnutiu platný občiansky preukaz fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba.**

ZHP02.126.01

