



Rozmária, n.o.
Zariadenie pre seniorov,
Kostolná 23, 082 66
Šarišské Sokolovce

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

Odtlačok pečiatky poskytovateľa

1. Žiadateľ:

Meno a priezvisko, titul

2. Dátum narodenia:

Deň, mesiac, rok

Rodné číslo:

3. Adresa trvalého pobytu:

Ulica, číslo, PSČ, obec, okres

4. Štátna príslušnosť:

5. Rodinný stav:

slobodný(á), ženatý, vydatá, rozvedený(á), ovdovený(á)

6. Druh sociálnej služby, ktorú fyzická osoba požaduje:

Zariadenie pre seniorov Rozmária*

*príslušný údaj označiť krížikom

7. Forma sociálnej služby:

pobytová sociálna služba*

*údaj označiť krížikom

8. Predpokladaný deň začatia a čas poskytovania sociálnej služby:

Deň začatia poskytovania sociálnej služby _____

Čas poskytovania sociálnej služby _____

(neurčitý, určitý – uviesť; ak určitý,
uviesť aj do kedy)

9. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu, zo dňa:

Stupeň odkázanosti na sociálnu službu:

Vydal:

10. Dôvod potreby poskytovania sociálnej služby, zdravotné znevýhodnenie:

1

11. Spôsobilosť na právne úkony, meno a priezvisko opatrovníka určeného súdom:

Poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

12. Kontaktná osoba, ktorej sa má podávať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí klienta, príp. o iných závažných udalostiach:

Meno a priezvisko: Telefonický kontakt:

13. Vyhlásenie žiadateľa (resp. opatrovníka):

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

Dňa:

..... Dátum a čitateľný vlastnoručný
podpis žiadateľa (resp. opatrovníka)

14. Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov:

V zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov a v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, dávam súhlas Terézia, n.o., Zariadeniu pre seniorov Lokca/Špecializovanému zariadeniu Lokca na spracúvanie mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti a rozsahu §94 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb v zariadení. Súhlas so spracovaním osobných údajov dávam na dobu plnenia účelu ich poskytnutia. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/bola poučený/poučená o svojich právach, ako právach dotknutej osoby uvedených v §19 až 30 zákona č. 18/2018 Z. z.

Dňa:

..... Dátum a čitateľný vlastnoručný
podpis žiadateľa (resp. opatrovníka)

15. Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave:

Potvrďujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb.

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 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, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby alebo uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť alebo uzatvoriť zmluvu aj iná fyzická osoba.

V: Dňa:

.....
Odtlačok pečiatky a podpis lekára

2

16. Údaje fyzickej osoby, ktorá poskytuje starostlivosť osobe žiadateľa (dcéra/ syn/ manžel/ manželka, resp. iná blízka osoba) a ktorá za osobu podáva žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby:

Meno a priezvisko, titul, dátum narodenia

Adresa trvalého pobytu, telefonický kontakt

17. Zoznam príloh k žiadosti:

- Kópia právoplatného rozhodnutia a posudku o odkázanosti na sociálnu službu v Zariadení pre seniorov alebo v Špecializovanom zariadení
- Kópia rozhodnutia sociálnej poisťovne o výške dôchodku za aktuálny rok, - Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu, - Iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a sú nevyhnutné pri nástupe do zariadenia.

V Dňa

.....
Podpis žiadateľa/opatrovníka/fyzickej osoby v prípade nepriaznivého zdravotného stavu žiadateľa

