**Žiadosť o poskytovanie sociálnej služby**

 **a o uzavretie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

### ***Údaje o žiadateľovi/ke:***

|  |
| --- |
| Meno, priezvisko, rodné priezvisko: |
| Stav: |
| Dátum a miesto narodenia: Rodné číslo:  |
| Adresa trvalého pobytu:  |
| Adresa aktuálneho pobytu: |
| Telefón/mobil: E-mail:  |
| Štátne občianstvo: Národnosť: Číslo obč. preukazu: |
| Druh dôchodku: Výška dôchodku:  |
| Máte priznaný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?:(nehodiace sa preškrtnite)Áno/uveďte aký: Nie |

1. ***Údaje o opatrovníkovi, ak je žiadateľ/ka pozbavený spôsobilosti na právne úkony:***

|  |
| --- |
| Meno, priezvisko:  |
| Adresa trvalého pobytu: |
|  Telefón/mobil: E-mail: |

 ***C. Údaje o žiadanej sociálnej službe***

|  |
| --- |
| Druh sociálnej služby: denný stacionár |
| Forma sociálnej služby: ambulantná |
|  Predpokladaný deň začatia poskytovania služby v dennom stacionári: |
|  Čas poskytovania opatrovateľskej služby: (nehodiace sa preškrtnite) na dobu neurčitú na dobu určitú (uveďte dátum):  |

  ***D. Údaje o bývaní:***

(nehodiace sa preškrtnite)

|  |
| --- |
| Vlastný dom vlastný byt podnájom |
| Počet obytných miestností: |
| Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti (bez žiadateľa):  |

***E. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti:***

*(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno, priezvisko | Rok narodenia | Bydlisko |  Príbuzenský vzťah | Telefón |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |

***F. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa/ky:***

*(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno, priezvisko, | Rok narodenia | Bydlisko |  Príbuzenský vzťah | Telefón |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  |   |   |

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

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem súhlas Mestu Spišská Stará Ves, Ul. Štúrova 228/109, 061 01 Spišská Stará Ves so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel spracúvania sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb zo strany mesta. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom, akým bol udelený (§ 14).

V ........................................... dňa .............................. ......................................................................

 Podpis žiadateľa/ky/zákonného zástupcu/opatrovníka

## ***H. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby):***

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Súčasne vyhlasujem, že každú zmenu v skutočnostiach rozhodujúcich pre trvanie odkázanosti na sociálnu službu oznámim mestu do 8 dní podľa § 93 ods. 1 zák. NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

V ........................................... dňa .............................. ......................................................................

 Podpis žiadateľa/ky/zákonného zástupcu/opatrovníka

***I. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:***

## Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jej mena a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoby.

## Potvrdzuje, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

##

## V ...................................... dňa .............................. .........................................................

##  Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

 V ........................................... dňa ...............................

 ..................................................................

 podpis žiadateľa/ky /zákonného zástupcu

**K žiadosti je potrebné doložiť :**

* právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
* posudok o odkázanosti na sociálnu službu
* potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa
* potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny mesiac žiadateľa/ky a spoločne posudzovaných osôb
* vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu s úradne osvedčeným podpisom
* u osôb pozbavených na právne úkony:
* právoplatný rozsudok o pozbavení spôsobilosti na právne úkony
* uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka