



O B E C Ž I T A V A N Y
Športová 5
951 97 Žitavany

ŽIADOSŤ
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Adresa:

Obecný úrad Žitavany, Športová 5, 951 97 Žitavany
tel. 00421/37/6426 221, 6426 222

1. Žiadateľ:

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko

2. Dátum narodenia:

Číslo obč. preukazu:

3. Adresa:

Trvalého pobytu:

PSČ: Okres:

4. Štátne občianstvo:

5. Rodinný stav (hodiace sa podčiarknite):

Slobodný/á

Ženatý/vydatá

Rozvedený/á

Ovdovený/á

Žije s druhom/družkou

6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:

7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa podčiarknite):

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

Opatrovateľská služba

Iné:

8. Forma sociálnej služby /hodiace sa podčiarknite):

Denný pobyt

Týždenný pobyt

Celoročný pobyt

9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Zákonný zástupca:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/la podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie poskytovania sociálnej služby.

Dňa:
.....
podpis žiadateľa, príp. zákonného zástupcu

11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov, uvedených v tejto žiadosti, podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 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 § 20 zákona číslo 122/2013 Z. z.

Dňa:
.....
podpis žiadateľa, príp. zákonného zástupcu

12. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa:
.....
Pečiatka a podpis lekára