

 Partizánska Ľupča 84, 032 15

 IČO: 42433819

 DIČ: 2120088751

 Web: www.zpskarita.sk

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ŽIADOSŤ** **O poskytovanie SOCIÁLNej SLUŽBy**

v zmysle § 8 ods. 7 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 platnom znení (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**ŽIADATEĽ:**

**Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rodné číslo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dátum narodenia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa trvalého pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa prechodného pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**NÁZOV POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY A MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

**Zariadenie pre seniorov KARITA obce Partizánska Ľupča, Partizánska Ľupča 84, 032 15**

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA** (v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony):

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

Adresa zákonného zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY,** ktorá sa má poskytovať fyzickej osobe (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov ⬜ denný stacionár ⬜

zariadenie opatrovateľskej služby ⬜ opatrovateľská služba ⬜

odľahčovacia služba ⬜

**FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY** (hodiace sa zaškrtnite):

terénna ⬜ pobytová - týždenná ⬜

ambulantná ⬜ pobytová - celoročná ⬜

**DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (napr. pri opatrovateľskej službe uviesť počet hodín)

⬜ na dobu určitú ⬜ na dobu neurčitú

**MÁTE PRIZNANÝ PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK NA OPATROVANIE ALEBO PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK NA OSOBNÚ ASISTENCIU v**  **zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?** (hodiace sa zaškrtnite):

⬜ áno ⬜ nie

**VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

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

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka[[1]](#footnote-1))

**SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV**

V zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytnutých prevádzkovateľovi týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel zabezpečenia poskytovania sociálnej služby až do uzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby. Osobné údaje sú spracúvané na právnom základe zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov a iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na jeho splnenie. Po skončení účelu spracúvania budú záznamy  s osobnými údajmi vymazané z elektronických médií a dokumenty s osobnými údajmi v listinnej forme budú zlikvidované s výnimkou tých, ktoré musia byť v súlade s platnou legislatívou SR naďalej uchovávané počas trvania úložnej doby a po jej uplynutí budú tiež zlikvidované. Dotknutá osoba má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať voči ich spracúvaniu, na ich opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania a podať návrh na začatie konania podľa § 100 zákona č. 18/2018 Z. z.

Svojím podpisom potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka1)

**POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

1. **POTVRDENIE O PRÍJME ŽIADATEĽA A PRÍJME SPOLOČNE POSUDZOVANEJ OSOBY** (manžel, manželka) **–** vydáva Sociálna poisťovňa
2. **VYHLÁSENIE O MAJETKU ŽIADATEĽA** – úradne overené
3. **KÓPIU PRÁVOPLATNÉHO ROZHODNUTIA O ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU v zariadení pre seniorov A POSUDKU O** **ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU –** vydáva obec v mieste trvalého pobytu žiadateľa
1. Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie 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. **POTVRDENIE JE POTREBNÉ PRILOŽIŤ K TEJTO ŽIADOSTI.** [↑](#footnote-ref-1)