



Senior Dom Magnólia

Zariadenie pre seniorov

Priečhod 283, 976 11 Selce

Tel: 0908 238 690

Email : seniordommagnolia@gmail.com

ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách

1. Žiadateľ:
priezvisko (rodné meno) fyzickej osoby meno

V prípade ak je žiadateľ sociálnej služby pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony číslo:

Súdom ustanovený opatrovník meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa pobytu:

Telefónne číslo:

2. Narodený
deň, mesiac, rok rodné číslo miesto okres

3. Trvalý pobyt: PSČ:

Telefón:

4. Prechodný pobyt PSČ:

Telefón:

5. Štátna príslušnosť:

národnosť:

6. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): slobodný (á) ženatý, vydatá,
rozvedený (á), ovdovený (á),
žije s druhom, družkou

7. Forma sociálnej služby: pobytová sociálna služba, poskytovaná ako celoročná sociálna služba

9. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby : neurčitý čas

10. Miesto poskytovania sociálnej služby: Senior Dom Magnólia - prevádzka Priečhod 283, 976 11 Selce

11. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu :

12. Príjmové pomery žiadateľa:

Druh dôchodku:

Číslo rozhodnutia:(*príloha žiadosti) mesačne eur

Iný príjem : mesačne eur

13. Majetkové pomery žiadateľaDoklady o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie): ak **žadateľ nevlasťní** žiadny majetok podpíše toto vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že nevlasťním žiadny majetok (ani hnutelný, ani nehnuteľný).

Vlastnoručný podpis:.....

14. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom: (manžel/manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

<i>Meno a priezvisko</i>	<i>Adresa</i>	<i>Príbuzenský pomer</i>	<i>Dátum narodenia</i>	<i>Tel.číslo</i>
--------------------------	---------------	--------------------------	------------------------	------------------

15. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení, alebo úmrtí žiadateľa: meno, priezvisko, adresa, telefón

Meno, priezvisko, telefón a presná adresa osoby (inštitúcie), ktorá má vybaviť pohreb:

Prehlasujem, že v prípade úmrtia žiadateľa sa postarám o jeho pohreb a všetky náležitosti s tým súvisiace.

Podpis zospovednej osoby:

16. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu) :

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý tohto, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v ZpS. Súhlasím, aby môj dôchodok sa mi vyplácal prostredníctvom ZpS, po zrážke úhrady za poskytované sociálne služby v ZpS. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v ZpS.

V súlade s ustanoveniami zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov, potrebných v súvislosti so žiadosťou o zabezpečenie poskytovania í sociálnej služby. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania.

Dňa:

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)**Zoznam príloh:**

- Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydané obcou alebo VÚC
- Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Potvrdenie o príjme za aktuálny kalendárny rok - potvrdenie zo sociálnej poisťovne o výške dôchodku
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrad za sociálnu službu
- Lekárske správy za posledný rok