**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

**Viacúčelové zariadenie pre seniorov,**

**Kukučínova 2970, 022 01 Čadca**

 **Dátum podania žiadosti:**

**Žiadateľ: Meno: Priezvisko: Priezvisko: (u žien aj rodné)**

Meno:

Meno:

**Narodený: Deň: Mesiac: Rok: Miesto: Okres:**

**Rodné číslo:**

**Bydlisko: PSČ:**

**Štátne občianstvo: Národnosť:**

**Kontaktná osoba:**

**Rodinný stav: slobodný/á ženatý/vydatá**

 **ovdovený/á rozvedený/á druh/žka**

**Dosiahnuté vzdelanie:**

**Posledný zamestnávateľ:**

**Miesto poskytovania sociálnej služby: VZpS, Kukučínova 2970, 022 01 Čadca**

**Forma sociálnej služby: celoročná pobytová sociálna služba**

**Druh sociálnej služby: zariadenie pre seniorov**

**Deň začatia poskytovania sociálnej služby:**

**Rozsah poskytovania sociálnej služby:**

**Druh dôchodku: starobný vdovský/ vdovecký výsluhový invalidný**

**Čislo rozhodnutia o dôchodku: vo výške:**

**Iný príjem žiadateľa: (zo zamestnania popri dôchodku, z pozemkov, budov...):**

**Od koho: Vo výške:**

**Majetok žiadateľa:**

**Hotovosť (u koho?)**

**Vklady (kde?)**

**Pohľadávky (u koho?)**

**Žiadateľ býva: v dome v byte v podnájme sám s píbuznými iné**

**Meno a priezvisko manžela/manželky:**

**Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť umiestnenia vo VZpS?**

**Kontakty:**

**Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel/ka, deti, vnuci, zať, atď...**

 **meno a priezvisko: príbuzenský vzťah: tel. kontakt, e-mail:**

**1  **

**2  **

**3  **

**4  **

**Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti: manžel/ka, deti, vnuci, zať, atď...**

 **meno a priezvisko: príbuzenský vzťah: tel. kontakt, e-mail:**

**1  **

**2  **

**3  **

**4  **

**Komu sa má dať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa počas pobytu vo VZpS?**

**meno a priezvisko: príbuzenský vzťah: tel. kontakt, e-mail:**

**1   adresa:**

**Bol žiadateľ umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb? Áno Nie**

**Ak áno, v ktorom?**

**Z akého dôvodu odišiel alebo bol prepustený?**

**V ktorom ZSS okrem VZpS Kukučínova 2970, Čadca má podanú žiadateľ žiadosť?**

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

Žiadateľ o sociálnu službu svojim podpisom poskytuje súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyhlásenie žiadateľa:**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Súhlasím s vyžiadaním údajov o mojej osobe potrebných pre rozhodnutie o poskytovanie sociálnych služieb.

V dňa

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyhlásenie lekára:**

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnych služieb v VZpS.

V dňa

 podpis a pečiatka lekára

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prílohy k žiadosti:**

 Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu Posudok o odkázanosti na soc. službu

 Potvrdenie o pravidelnom príjme za predchádzajúci kalendárny mesiac

 Potvrdenie o nepravidelnom príjme za predchádzajúci kalendárny rok

 Potvrdenie o príjme spoločne posudzovaných osôb

 Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu

 Kúpna zmluva pri predaji nehnuteľnosti (zápis do katastra nehnuteľnosti)

 Lekárske správy od lekára

V dňa

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 Prevzal:

**Prílohy doložené pri nástupe do zariadenia:**

 Čestné vyhlásenie (vystrojenie pohrebu, preberanie dlhu v prípade úmrtia, doplatenie do

 výšky plnej úhrady v prípade nepostačujúceho príjmu)

 Lekárske vyšetrenia pred nástupom do zariadenia + fotokópie výsledkov vyšetrení

 Identifikačný údaj čísla OP:

 Identifikačný údaj čísla zdravotného poistenia:

 Identifikačný údaj čísla preukazu ZŤP:

 Identifikačný údaj čísla OP platcu zmluvného doplatku:

Splnomocnenia

 Rozhodnutie ÚPSVaR o priznaní kompenzácií

 Iné potrebné údaje k uzatvoreniu zmluvy:

V dňa

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 Prevzal: