**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

**Viacúčelové zariadenie pre seniorov,**

**Kukučínova 2970, 022 01 Čadca**

**Dátum podania žiadosti:**

**Žiadateľ:**

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

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

**Bydlisko: PSČ:**

**Štátne občianstvo: Národnosť:**

**Kontaktná osoba:**

**Rodinný stav: slobodný/á ženatý/vydatá ovdovený/á rozvedený druh/žka**

**Dosiahnuté vzdelanie:**

**Posledný zamestnávateľ:**

**Miesto poskytovania sociálnej služby: VZpS, Kukučínová 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?**

**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 v zariadení?**

**Meno, priezvisko a presná adresa:**

**Tel: kontakt: Email:**

**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 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.

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 sociálnu 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: