**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby - odľahčovacia služba**

**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**

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

**Forma sociálnej služby: pobytová sociálna služba**

**Druh sociálnej služby: odľahčovacia služba**

**Deň začatia poskytovania sociálnej služby:**

**Rozsah poskytovania sociálnej služby:**

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

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

**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:**

 Posudok príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny

 Potvrdenie o príjme prijímateľa sociálnej služby

 Potvrdenie o príjme spoločne posudzovaných osôb

 Identifikačný údaj čísla OP:

 Identifikačný údaj čísla zdravotného poistenia:

V dňa

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 Prevzal: