



Centrum sociálnych služieb
Brezovec
Martina Hattalu 2161/3
pracovisko Matúškova
Dolný Kubín

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Došlo dňa, pečiatka podateľne:

1. Žiadateľ meno: _____ priezvisko: _____ rod. priezvisko/ženy: _____ rodinný stav: _____		
2. Číslo OP : _____ platnosť OP do : _____		
3. Narodený(á) deň, mesiac, rok rodné číslo. miesto narodenia _____ okres narodenia _____		
4. Trvalé bydlisko ulica, číslo _____ obec _____ okres _____ PSČ _____		
Poznámka: toho času na adrese: _____		
5. Štátne občianstvo: _____		Národnosť: _____
6. Vzdelanie: _____		Posledné zamestnanie: _____
7. Druh sociálnej služby: _____	Domov sociálnych služieb	
8. Forma sociálnej služby: _____ pobytová týždenná _____ ambulantná _____		
9. Deň začatia poskytovania sociálnej služby: _____		
10. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby: na dobu: - určitú _____ od _____ do _____ - neurčitú _____		
11. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu: zo dňa: _____		

12. Príjem žiadateľa: (mesačne v EUR)	Od koho, platiteľ:
uved'te všetky druhy dôchodku:	
13. Majetok žiadateľa – treba doložiť vyhlásenie o majetku s overeným podpisom u notára	
Hotovosť (u koho?)	
Vklady (u koho)	
Pohľadávky (u koho?)	
Nehnutelný majetok - druh, výmera a kde?	
Životné poisťky (poisťovňa a číslo poisťky)	
14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka):	
<p>Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v ZSS.</p> <p>Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné pre pracovisko Matúškova - DSS</p>	
Dňa: vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka)	
15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním údajov	
Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.	
Dňa: <p style="text-align: right;">vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka)</p>	
19. Potvrdenie lekára (nehodiace sa preškrtnite)	
1. Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb. 2. Žiadateľ sa zo zdravotných dôvodov (pre ochorenie) nemôže vlastnoručne podpísať.	
Dátum:	
Pečiatka a podpis lekára:	

Zoznam príloh:

- ✓ právoplatné **rozhodnutie** o odkázanosti na sociálnu službu ,
- ✓ **posudok** o odkázanosti na sociálnu službu
- ✓ rozhodnutie o výške dôchodku (aktuálne - najnovšie)
- ✓ **doklad o príjme** osoby žijúcej v spoločnej domácnosti so žiadateľom
- ✓ doklady **o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie)** s overeným podpisom
- ✓ doklad preukazujúci skutočnosť zbavenia spôsobilosti na právne úkony (**rozhodnutie súdu**) a doklad (**listina**) o ustanovení opatrovníka, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony

iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy

- ✓ **zdravotná dokumentácia** (k nahliadnutiu)
- ✓ fotokópia lekárskeho nálezu