



Centrum sociálnych služieb
Brezovec
M. Hattalu 2161/3, Dolný Kubín

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Došlo dňa, pečiatka podateľne:

1. Žiadateľ Meno: _____ priezvisko: _____ rod. priezvisko/ženy: _____ Titl: _____ Rodinný stav: _____		
Číslo OP : _____	platnosť OP do : _____	Rodné číslo: _____
2. Narodený(á) deň, mesiac, rok _____ miesto narodenia _____ okres narodenia _____		
3. Trvalé bydlisko obec _____ ulica, číslo _____ okres _____ PSČ _____		
Poznámka: toho času na adrese: _____		
4. Štátne občianstvo: _____	Národnosť: _____	
5. Vzdelanie: _____	Posledné zamestnanie: _____	
6. Druh sociálnej služby:	Zariadenie pre seniorov	
	Domov sociálnych služieb	
	Špecializované zariadenie	
7. Forma sociálnej služby:	celoročný pobyt	
8. Deň začatia poskytovania sociálnej služby: _____		
9. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby: na dobu: - určitú od _____ do _____ - neurčitú		
10. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu: zo dňa: _____		
11. Príjem žiadateľa: (mesačne v EUR) _____	Od koho, platiteľ _____ uved'te všetky druhy dôchodku,	
12. Žiadateľ býva vo vlastnom byte, dome, v podnájme, v opatere u príbuzných, v zariadení, občan bez domova, iné bývanie na adrese: _____		

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. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa, ak bude do ZSS prijatý(á) ? meno a presná adresa: telefonický kontakt:			
<u>Meno, adresa a čestné prehlásenie osoby, ktorá má vypraviť pohreb:</u>			
Podpísaný(á) bytom: tel. kontakt:			
prehlasujem, že v prípade úmrtia žiadateľa sa postarám o pohreb a všetky náležitosti s tým súvisiace * 1. pochovanie do zeme, - 2. kremácia			
pohrebná služba:			
Podpis osoby, ktorá ma vypraviť pohreb:			
15. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom: (manžel/manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)**			
Meno a priezvisko:	Adresa:	Príbuzenský pomer: **	kontakt/ email*
Hlavný kontakt:*			*
Iná blízka osoba:			
16. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):			
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. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v ZSS (ZPS, DSS, ŠZ)			
Dňa: vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)			
17. 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: vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)			

18. 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 (manžel(ka))
- ✓ 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
- ✓ **Generálnu plnú moc-** preukazujúcu zastupovanie žiadateľa na rozsah právnych úkonov

iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy

- ✓ fotokópia lekárskeho nálezu, alebo správa z hospitalizácie, nie staršia ako pol roka
- ✓ **vyš. krvi na HbsAg, vyš. výtery z nosa a hrdla, výter z rekta 3 dni po sebe,**
- ✓ **RTG pľúca a hrudné orgány**
- ✓ **výsledok vyšetrenia od odborného lekára – psychiatra**