

## ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

Meno a priezvisko žiadateľa \_\_\_\_\_

Rodné priezvisko \_\_\_\_\_ Dátum narodenia \_\_\_\_\_

Adresa pobytu \_\_\_\_\_ Okres \_\_\_\_\_

Bydlisko \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Štátne občianstvo \_\_\_\_\_

**Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby**

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

**V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_

Adresa zákonného zástupcu \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať fyzickej osobe (hodiace sa zaškrtnite):**

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| zariadenie pre seniorov           | <input type="checkbox"/> |
| zariadenie opatrovateľskej služby | <input type="checkbox"/> |
| opatrovateľská služba             | <input type="checkbox"/> |
| denný stacionár                   | <input type="checkbox"/> |
| odľahčovacia služba               | <input type="checkbox"/> |
| prepravná služba                  | <input type="checkbox"/> |

**Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite):

- terénna   
ambulantná   
denná   
týždenná   
celoročná

**Deň začatia poskytovania sociálnej služby** \_\_\_\_\_

**Čas poskytovania sociálnej služby:** \_\_\_\_\_

(pri opatrovateľskej službe uviesť počet hodín)

- na dobu určitú  
 na dobu neurčitú

**Mám – nemám** priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny.

**Vyhlásenie žiadateľa** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých mestu Liptovský Mikuláš, Štúrova 1989/41, 031 42 Liptovský Mikuláš podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

Dňa: \_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

\* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

**Poskytovateľovi sociálnej služby je potrebné doručiť:**

1. Potvrdenie o príjme za aktuálny a predchádzajúci rok (aj príjem spoločne posudzovanej osoby - manžel, manželka)
2. Vyhlásenie o majetku žiadateľa – úradne overené
3. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu