



## MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

 Mestský úrad  
 Štúrova 1989/41  
 031 42 Liptovský Mikuláš

## ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle ustanovenia § 8 ods. 1 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 platnom znení.

### ŽIADATEĽ<sup>1</sup>:

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

Rodné priezvisko: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Adresa prechodného pobytu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Štátne občianstvo: \_\_\_\_\_

Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á	<input type="checkbox"/>
ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený/á	<input type="checkbox"/>
ovdovený/á	<input type="checkbox"/>
žije s druhom/družkou	<input type="checkbox"/>

### Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

 vo vlastnom dome 

 vo vlastnom byte 

 v podnájme 

počet obytých miestností \_\_\_\_\_

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti, vrátane žiadateľa \_\_\_\_\_

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA** (vyplňte v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu):

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

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene, 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

**Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta):**

<i>Meno a priezvisko</i>	<i>Príbuzenský vzťah</i>	<i>Rok narodenia</i>	<i>Adresa</i>

**Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta):**

<i>Meno a priezvisko</i>	<i>Príbuzenský vzťah</i>	<i>Rok narodenia</i>	<i>Adresa</i>

**DRUH POŽADOVANEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):**

- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- denný stacionár
- opatrovateľská služba
- odľahčovacia služba
- prepravná služba

**FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):**

- terénna
- ambulantná (denná)
- tyždenná pobytová
- celoročná pobytová

**NÁZOV POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY A MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

---

---

**DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (uved'te dátum):**

---

**DENNÝ ROZSAH POSKYTOVANIA OPATROVATEĽSKEJ SLUŽBY (uved'te počet hodín, ak máte záujem o zabezpečenie poskytovania opatrovateľskej služby):**

---

**POTVRDENIE ÚRADU PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY**

Týmto potvrdzujeme, že žiadateľ uvedený v tejto žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

pán/pani \_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_

je od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

nie je

(hodiace sa zaškrtnite)

opatrovaný fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie alebo poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vybavuje: \_\_\_\_\_

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis

**VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA** (resp. zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(resp. zákonného zástupcu)

**PRÍLOHY:**

- Potvrdenie o príjme žiadateľa a spoločne posudzovanej osoby (manžel, manželka, ...).
- Vyhlásenie o majetku žiadateľa – úradne overené.
- Kópiu právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu.
- Kópia právoplatného rozhodnutia o odňatí peňažného príspevku na opatrovanie alebo peňažného príspevku na osobnú asistenciu vydaného príslušným Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ak je relevantné).
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka vydaná príslušným súdom, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu (ak je relevantné).
- Potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa, ak nemôže žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav podať žiadosť sám (ak je relevantné).