

## ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle ustanovenia § 8 ods. 9 a v súlade s § 74 ods. 3 a § 94c 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: \_\_\_\_\_

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 obytných 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:** Zariadenie pre seniorov

**FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:** Celoročná pobytová

**MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:** Palúčanská 219, Liptovský Mikuláš

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

**ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ 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.
- Právoplatné rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a posudku o odkázanosti na sociálnu službu.
- 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 v zmysle § 92 ods. 6).

*Poskytnuté osobné údaje budú spracované len za účelom vybavenia Vašej žiadosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Osobné údaje môžu byť poskytnuté orgánom štátnej moci, kontrolným orgánom za účelom kontroly z ich strany a prípadne iným príjemcom, ak to povaha žiadosti vyžaduje. Osobné údaje nebudú poskytnuté do tretích krajín. Po vybavení žiadosti budú osobné údaje a žiadosť archivované v súlade s registratúrnym plánom zariadenia. Môžete od nás požadovať prístup k Vaším osobným údajom, máte právo na ich opravu, právo namietat' proti spracúvaniu. Ak sa domnievate, že Vaše osobné údaje sú spracúvané nespravodlivo alebo nezákonne, môžete podať sťažnosť na dozorný orgán ako aj právo podať návrh na začatie konania dozornému orgánu ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27. Predmetné práva si môžete uplatniť písomne doručením žiadosti osobne na adresu: Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb mesta Liptovský Mikuláš, Palúčanská 219, 031 01 Liptovský Mikuláš, alebo elektronicky na email zuzana.slaukova@mikulas.sk.*