ŽIADOSŤ
O POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY

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

Adresa:
„V KAŠTIELI“, Zariadenie sociálnych služieb Horné Obdokovce
1, 956 08 Horné Obdokovce
tel.: 038/5318 473, 038/5318 128
e-mail: socialnyusek@zssvkastieli.sk

Údaje fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

Meno, priezvisko, titul: ..... rodné priezvisko: .....

Dátum narodenia: ..... miesto narodenia: .....

Číslo občianskeho preukazu: .....

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ .....

Adresa prechodného pobytu: ..... PSČ .....

Štátne občianstvo: ..... Rodinný stav: .....

Kontaktná osoba : ..... Adresa: .....

Telefón: ..... E-mail: .....

Opatrovník fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba

(ak je obmedzená – zbavená spôsobilosti na právne úkony)

Meno, priezvisko, titul : ..... Adresa: .....

Telefón: .... E-mail: .....

Druh sociálnej služby, o ktorú občan žiada:
(druh vyznačte symbolom X)

Domov sociálnych služieb ☐

Špecializované zariadenie ☐

Forma poskytovanej sociálnej služby: celoročná pobytová

Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby: .....

Čas poskytovania sociálnej služby: .....

Číslo rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu: .....

Deň nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia: .....

Poskytovateľ sociálnej služby: **„V KAŠTIELI“, Zariadenie sociálnych služieb**

Miesto poskytovania: **1, 956 08 Horné Obdokovce**

Príjmové pomery fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

Dôchodok (druh): ..... Výška dôchodku: .....

Iný príjem (odkiaľ, aký?) .....Výška iného príjmu: .....

Ďalšie informácie o žiadateľovi:

Vzdelanie a profesia: .....

Záľuby a obľúbené činnosti: .....

Údaje o najbližších príbuzných žiadateľa alebo inej kontaktnej osobe:

Meno a priezvisko: ..... príbuzenský vzťah: .....

Adresa: ..... tel.,e-mail.: .....

Meno a priezvisko: ..... príbuzenský vzťah: .....

Adresa: ..... tel.,e-mail.: .....

Meno a priezvisko: ..... príbuzenský vzťah: .....

Adresa: ..... tel.,e-mail.: .....

K žiadosti je potrebné doložiť:

a) Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydané VÚC
b) Posudok o odkázanosti fyzickej osoby na sociálnu službu
c) Potvrdenie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne Bratislava (rozhodnutie za príslušný kalendárny rok), potvrdenie Úradu práce sociálnych vecí a rodiny o výške dávky v hmotnej núdzi, potvrdenie o príjme žiadateľa, ktorého príjem bol predmetom dane z príjmu a pod.*)
d) Doklady o majetkových pomeroch (Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu)
e) Právoplatné rozhodnutie o pozbavení spôsobilosti na právne úkony a právoplatné uznesenie o ustanovení opatrovníka (ak je to dôvodné)
f) Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave fyzickej osoby (ak je to dôvodné)

V ..... dňa .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(opatrovníka alebo rodinného príslušníka)

* § 18 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Informovanie dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto vyhlasujem, že som bol informovaný/á v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES, (ďalej len GDPR) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon) o spracovávaní mojich osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti o poskytovaní sociálnej služby poskytnutých „V KAŠTIELI“, Zariadeniu sociálnych služieb Horné Obdokovce (viď. „Politika informovanosti dotknutej osoby“).

Zároveň beriem na vedomie, že som bol poučený o právach dotknutej osoby, ktoré sú upravené v nariadení GDPR, kapitola III, resp. zákone, druhá hlava (viď. „Politika informovanosti dotknutej osoby“).

V ..... dňa .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(opatrovníka alebo rodinného príslušníka)

V Y H L Á S E N I E

o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu

Meno, priezvisko a titul: .....

Rodné číslo a dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

Vyhlasujem na svoju česť, že VLASTNÍM/NEVLASTNÍM* majetok v hodnote presahujúcej 10 000 €.Uvedené údaje sú pravdivé a úplné, som si vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia, ktoré vyplývajú z príslušných právnych predpisov.

V ..... dňa .....

.....
čitateľný vlastnoručný a overený podpis žiadateľa
(opatrovníka alebo rodinného príslušníka)

Za majetok sa **nepovažujú**

a) nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie,
b) nehnuteľnosť, ktorú užívajú na trvalé bývanie
    1. manžel (manželka) prijímateľa sociálnej služby,
    2. deti prijímateľa sociálnej služby,
    3. rodičia prijímateľa sociálnej služby,
    4. iná fyzická osoba na základe práva zodpovedajúceho vecnému bremenu,
c) poľnohospodárska pôda a lesná pôda, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva pre svoju potrebu,
d) garáž, ktorú prijímateľ sociálnej služby preukázateľne užíva,
e) hnuteľné veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, hnuteľné veci, ktorými sú ošatenie a obuv a hnuteľné veci, na ktoré sa poskytla jednorazová dávka v hmotnej núdzi alebo peňažný príspevok na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia,
f) osobné motorové vodidlo, ktoré sa používa na individuálnu prepravu z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia,
g) hnuteľné veci, ak by bol ich predaj alebo nakladanie s nimi v rozpore s dobrými mravmi.

---

* Nehodiace sa prečiarknuť.

Potvrdenie ošetrujúceho lekára

Potvrdzujem skutočnosť, že žiadateľ vzhľadom k jeho zdravotnému stavu nie je schopný vykonať právny úkon preukázania skutočnosti, či vlastní majetok v hodnote presahujúcej 10 000 Eur v zmysle § 72 ods. 11 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

V ..... dňa.....

Poznámka:

Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa:
Potvrdzujem, že žiadateľ, vzhľadom k jeho zdravotnému stavu, si nemôže sám podať žiadať o poskytovanie sociálnej služby a uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby.

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

V ..... dňa .....