



ALŽBETKA, n. o.

Špecializované zariadenie VYKUPITEĽ, Nová 439/6, 946 51 Nesvady

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO EVIDENCIE ČAKATEĽOV
v Špecializovanom zariadení VYKUPITEĽ**

1.ŽIADATEĽ:

Priezvisko:

Meno: Titul:.....

Rodné priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Štátne občianstvo:

Národnosť:

2.ADRESA TRVALÉHO POBYTU ŽIADATEĽA:

Ulica:

Číslo domu:

Obec:

PSČ:

3.ADRESA SÚČASNÉHO POBYTU ŽIADATEĽA (AK NIE JE TOTOŽNÁ S ADRESOU TRVALÉHO POBYTU):

Ulica:

Číslo domu:

Obec:

PSČ:

4.RODINNÝ STAV:

Slobodný (á)

Ženatý/vydatá

Rozvedený (á)

Ovdovený(á)

Žijem s druhom (družkou)

5.KONTAKTNÉ ÚDAJE:

Telefónne číslo:

E-mail:

6.DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Špecializované zariadenie

7.FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

Pobytová

Celoročná

8.PREDPOKLADANÝ DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

9.PREDPOKLADANÝ ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

10.ÚDAJE O PRÍJME ŽIADATEĽA:

Druh dôchodku: starobný

vdovský/vdovecký

invalidný

výsluhový

Výška dôchodku:

Iný príjem:

Výška iného príjmu: Mesačne v EUR:

11.ŽIADATEĽ BÝVA:

vo vlastnom dome/byte

v podnájme

osamelo

u príbuzných

12.OSOBY ŽIJÚCE V SPOLOČNEJ DOMÁCNOSTI:

Meno a priezvisko

vzťah k žiadateľovi

bydlisko /kontakt

Meno a priezvisko	vzťah k žiadateľovi	bydlisko /kontakt

13.BLÍZKE OSOBY(PRÍBUZNÝ V PRIAMOM RADE, SÚRODENEK, MANŽEL, INÉ OSOBY V POMERE RODINNOM ALEBO OBDOBNOM):

Meno a priezvisko

vzťah k žiadateľovi

bydlisko/ kontakt

Meno a priezvisko	vzťah k žiadateľovi	bydlisko/ kontakt

14.ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA (V PRÍPADE OBMEDZENIA ALEBO POZBAVENIA SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY)

Priezvisko:

Meno: Titul:.....

Vzťah k záujemcovi:

Adresa:

Ulica:

Číslo domu:

Obec:

PSČ:

Telefónne číslo:

E-mail:

Číslo rozhodnutia súdu: :

Zo dňa:

15.FYZICKÁ OSOBA PODÁVAJÚCA ŽIADOSŤ NAMIESTO ŽIADATEĽA (SPOLUFINANCUJÚCA OSOBA):

Priezvisko:

Meno: Titul:.....

Vzťah k záujemcovi:

ADRESA:

Ulica:

Číslo domu:

Obec:

PSČ:

Telefonický kontakt:

E-mail:

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 ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára :

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

Pečiatka a podpis lekára :

16. VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU/ OPATROVNÍKA):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonný zástupca / opatrovník)

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 a zákona č.428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonný zástupca / opatrovník)

18. ZOZNAM POVINNÝCH PRÍLOH:

- a) Kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu
- b) Potvrdenie o príjme (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, dávka v hmotnej núdzi...),
- c) Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu,
- d) Kópia rozhodnutia súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tieto úkony)
- e) Vyplnený dotazník