

Annamaria n. o.
991 24 Dolné Plachtince 80.

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

A. ÚDAJE O ŽIADATEĽOVI

1. Meno:

Priezvisko:

Rodné priezvisko (u žien):

Titul:

2. Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

3. Rodné číslo:

Číslo OP:

4. Štátne občianstvo:

Národnosť:

5. Adresa trvalého pobytu

Ulica a číslo:

Mesto (obec):

PSČ:

6. Korešpondenčná adresa (vyplniť, iba ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Ulica a číslo:

Mesto (obec):

PSČ:

7. Tel. číslo:

E-mail:

8. Rodinný stav: ☐ slobodný/á ☐ rozvedený/á

☐ ženatý/vydatá , meno:

☐ ovdovený/á ☐ druh/družka, meno:

stav vyznačte symbolom „X“

9. Vzdelanie:

Životné povolanie:

Osobné záľuby:

B. POŽADOVANÝ DRUH STRAVY: ☐ racionálna ☐ diabetická ☐ iný druh diéty:

C. SOCIÁLNA SLUŽBA, KTORÁ SA MÁ POSKYTOVAŤ			
Druh sociálnej služby: Zariadenie pre seniorov			
Forma sociálnej služby: Celoročná pobytová			
D. NÁZOV A MIESTO POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (vyznačte symbolom „X“ prevádzku, ktorú uprednostňujete)			
	Annamaria zariadenie pre seniorov 991 24 Dolné Plachtince 80.		Annamaria, pobočka Sklabiná 991 05 Sklabiná 231.
E. PREDPOKLADANÝ DEŇ A ČAS ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY			
Deň začatia poskytovania sociálnej služby:			
Čas poskytovania sociálnej služby: určitý			
F. PRÁVOPLATNÉ ROZHODNUTIE O ODKÁZANOSTI NA SOCÁLNU SLUŽBU			
Číslo:		Stupeň odkázanosti:	
Vydal: .			
G. PRÍJMOVÉ A MAJETKOVÉ POMERY ŽIADATEĽA			
Dôchodok (druh):		Výška dôchodku: EUR	
Iný príjem (odkiaľ, aký?):		Výška iného príjmu: EUR	
Nehnuteľnosti:			
Finančné úspory, vklady (v akej výške):			
Iné (vymenujte a uveďte hodnotu):			
Žiadateľ býva: ☐ vlastný byt ☐ podnájom ☐ vlastný rodinný dom ☐ štátny byt ☐ u príbuzných ☐ družstevný byt ☐ iné			
H. KONTAKTNÁ OSOBA			
Meno:		Priezvisko:	
Adresa:			
Tel. číslo:		E-mail:	
Je kontaktná osoba SPLNOMOCNENÁ na vykonávanie právnych úkonov za žiadateľa? ☐ Áno ☐ Nie (vyhovujúce vyznačte symbolom „X“)			

I. VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (splnomocnenca alebo rodinného príslušníka) o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v zariadení sociálnych služieb.

V dňa

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(splnomocnenca alebo rodinného príslušníka)

J. POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. (Potvrdiť len v prípade potreby.)

Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jeho/jej mene a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

V dňa

.....
odtlačok pečiatky a podpis lekára

K. PRÍLOHY

- Právoplatné rozhodnutie a posudok o odkázanosti na sociálnu službu
- Potvrdenie o príjme (rozhodnutie o dôchodku)
- Iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy

V dňa

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(splnomocnenca alebo rodinného príslušníka)