



Obec Litovské Kľačany

Liptovské Kľačany 72

032 14 p. Ľubefa

Pečiatka

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

V zmysle 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

Meno a priezvisko žiadateľa _____

Rodné priezvisko _____ **Dátum narodenia** _____

Adresa pobytu _____ **Okres** _____

Bydlisko _____ **PSČ** _____

Telefón _____ **Email** _____

Štátne občianstvo _____

V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko _____

Adresa zákonného zástupcu _____ Telefón _____

_____ Email _____

Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) _____

Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku _____

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov

zariadenie opatrovateľskej služby

denný stacionár

opatrovateľská služba

prepravná služba

Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

ambulantná (denná, týždenná, celoročná)

terénna forma

Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):vo vlastnom dome vo vlastnom byte v podnájme

počet obytných miestností _____

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti _____

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

Vyhlasenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka*)

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Gôtovany, Gôtovany 45, 032 14 p. Lubel'a podľa zákona č. 428/2008 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2008.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka*)

*Podpis zákonného zástupcu len v prípade, ak žiadateľ nie je schopný písať, o čom je potrebné doložiť lekárske potvrdenie.