

## Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

### 1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien).....  
Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....  
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....  
Adresa aktuálneho pobytu.....PSČ.....  
Telefón.....Mobil.....E-mail.....  
Štátne občianstvo.....Národnosť.....Číslo obč. preukazu.....  
Rodinný stav.....  
Druh dôchodku.....Výška dôchodku.....

### 2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....  
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....  
Telefón.....Mobil.....E-mail.....

### 3. Rodinný stav\*:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Slobodný (á) | <input type="checkbox"/> Rozvedený (á)              |
| <input type="checkbox"/> Ženatý       | <input type="checkbox"/> Ovdovený (á)               |
| <input type="checkbox"/> Vydatá       | <input type="checkbox"/> Žijem s druhom (s družkou) |

\* hodiace sa zaškrtnite

### 4. Žiadateľ/ka býva\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom dome | <input type="checkbox"/> V podnájme                                       |
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom byte | <input type="checkbox"/> Iné (uveďte).....                                |
| Počet obytných miestností.....            | Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....<br>(okrem žiadateľa/ky) |

\* hodiace sa zaškrtnite

**5. Druh požadovanej sociálnej služby\*:**

- Opatrovateľská služba                       Denný stacionár  
 Zariadenie pre seniorov                       Zariadenie opatrovateľskej služby

\* hodiace sa zaškrtnite

**6. Forma sociálnej služby\*:**

- Terénna     Ambulantná     Pobytová

\* hodiace sa zaškrtnite

**7. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:**

(uved'te dátum)

.....

**8. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby\*:**

- na dobu neurčitú     na dobu určitú (uved'te dátum).....

\* hodiace sa zaškrtnite

**9. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ/ka želal/a byť umiestnený/á:**

(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

**10. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?\***

- áno     nie

\* hodiace sa zaškrtnite

**11. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti:**

(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Telefón

**12. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľ/a/ky**

(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt

**13. Vyhlásenie žiadateľ/a/ky (inej fyzickej osoby)**

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

V ....., dňa.....  
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

**14. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Kežmarok, Hlavné námestie 1, 060 01 Kežmarok podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby. 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 § 59 až § 66 citovaného zákona.

V ....., dňa.....  
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

**15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára**

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť 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.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

**Povinné prílohy**

- Kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu
- Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa
- Potvrdenie o príjme za predchádzajúci mesiac (aj príjem spoločne posudzovanej osoby - manžel / manželka)
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu (úradne overené)

**Zoznam príloh (ak boli vydané)**

- Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka