



**Domov dôchodcov Pažitková 2**

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

Ev. č.: PP01.F02

v zmysle zákona c. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z.z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

1. Žiadateľ: .....  
priezvisko/ prípadne rodné meno/ ..... meno

2. Narodený: .....  
deň, mesiac, rok ..... miesto ..... okres ..... číslo OP

3. Bydlisko: ..... PSC:..... Tel.:.....

4. Štátna príslušnosť: ..... Národnosť: .....

5. Rodinný stav:..... Vzdelanie:.....

6. Druh dôchodku: ..... Výška dôchodku: .....  
Iný príjem ..... Výška iného príjmu:.....

7. Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:  
**Zariadenie pre seniorov**

8. Forma sociálnej služby: **pobytová**

9. Čas poskytovania sociálnej služby: **určitý neurčitý\***

10. Príspevok na opatrovanie: **poberám nepoberám\***  
/\*Čo sa nehodí, prečiarknite!/\*

11. Deň začatia poskytovania sociálnej služby: .....

12. Spoločne posudzované osoby žijúce v spoločnej domácnosti so žiadateľom: manžel/ka, rodičia, deti

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiad.	Dátum narodenia	Adresa trvalého bydliska, telefónne číslo
-------------------	---------------------------	-----------------	---

1. ....

2. ....

3. ....

13. Osoby s vyživovacou povinnosťou, ktorí žijú mimo spoločnej domácnosti: manžel/ka, rodičia, deti

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiad.	Dátum narodenia	Adresa trvalého bydliska, telefónne číslo
-------------------	---------------------------	-----------------	---



**Domov dôchodcov Pažitková 2**

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

Ev. č.: PP01.F02

1. ....

2. ....

3. ....

14. Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony:

.....

právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v.....

o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa .....číslo .....

15. Údaje o kontaktných osobách v prípade vážneho ochorenia alebo úmrtia žiadateľa

Meno a priezvisko                      Adresa / ulica, číslo domu, PSČ, mesto/                      Telefonický kontakt

.....

.....

16. Meno a adresa osoby, telefonický kontakt a čestné vyhlásenie osoby ktorá má vypraviť pohreb:

.....

Podpísaný .....prehlasujem, že v prípade úmrtia žiadateľa.....

..... sa postarám o jeho pohreb a všetky náležitosti s tým súvisiace.

Spôsob pohrebu:.....Pohrebná služba:.....

Podpis osoby, ktorá má vypraviť pohreb:.....

17. Vyhlásenie žiadateľa /zákonného zástupcu/

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol /a/ podľa skutočnosti. Som si vedomý /á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

V zmysle § 7 zákona NR SR č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov dávam súhlas zariadeniu sociálnych služieb na spracúvanie mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších údajov nevyhnutných pre spracúvanie sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnej pomoci a sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov dávam na dobu plnenia účelu ich poskytnutia..

Informácia pre žiadateľa o spracovaní osobných údajov:



**Domov dôchodcov Pažitková 2**

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

Ev. č.: PP01.F02

Podľa zákona č. 18/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 94 bod 3 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) sa osobné údaje uvedené v žiadosti získavajú bez súhlasu dotknutej osoby a to aj kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na účely poskytovania sociálnych služieb. Zariadenie poskytuje osobné údaje v súčinnosti a spolupráci vo veciach sociálnych služieb orgánom verejnej moci (ÚPSVaR, Sociálna poisťovňa, zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, daňový úrad, MPSVR SR, Magistrát hl. mesta SR Bratislava a ďalšie orgány verejnej moci. Zariadenie eviduje osobné údaje žiadateľa na dobu určenú podľa platného registratúrneho poriadku a registratúrneho plánu Magistrátu hl. mesta SR Bratislava. Ak tieto údaje nebudú poskytnuté zo strany žiadateľa, nie je možné poskytnúť požadovanú sociálnu službu.

V .....dňa .....

.....  
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
/zákonného zástupcu/

Doklady k žiadosti:

1. Potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok + posledné rozhodnutie o výške dôchodku
2. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu podľa zákona č. 448/2008 Z.z.
3. Úradne osvedčené vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu