



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Ev. č.: HP05.F02

Žiadosť o uzatvorenie „Zmluvy o poskytovaní sociálnej služby“

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: PSČ: 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: **Opatrovateľská služba**

8. Forma sociálnej služby: **terénna**

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

10. Iný druh sociálnej služby

Opatrovateľská služba v domácnosti

Som poberateľom iného druhu poskytovanej sociálnej služby alebo príspevku na kompenzáciu ŤZP (peňažný príspevok na opatrovanie, na osobnú asistenciu....)

ÁNO
NIE

Druh príspevku

V Bratislave, dňa

.....
(pečiatka a podpis oprávnenej osoby ÚPSVaR)

11. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

12. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na soc. službu:

13. Číslo posudku o odkázanosti na soc. službu:

14. Rozhodnutie o odkázanosti na soc. službu vydal:



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Ev. č.: HP05.F02

15. 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.

16. 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
-------------------	---------------------------	-----------------	---

1.

2.

3.

17. 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 dňačíslo

18. 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.

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

	Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava	Ev. č.: HP05.F02
	Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby	

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.

Vdňa

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

Doklady k žiadosti:

1. Rozhodnutie o výške aktuálnych dôchodkových dávok
2. Právoplatné Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu + posudok podľa zákona č. 448/2008 Z.z.
3. Úradne osvedčené Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu