



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

DD-F72

v zmysle zákona č. 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

ŽIADATEĽ (*povinné údaje)

Priezvisko*:		Meno*:	
Rodné priezvisko:		Titul:	
Rodné číslo*:		ČOP*:	ZP:
Dátum narodenia*:		Miesto narodenia:	
Kontakt – telefón: e-mail:			
Trvalé bydlisko*:			
Štátne občianstvo*:		Národnosť:	
Rodinný stav*:	<input type="checkbox"/> slobodný/á <input type="checkbox"/> vdovec/ vdova <input type="checkbox"/> ženatý/vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> žije s druhom/družkou		
Obvodný lekár, meno a kontakt:	MUDr.		
Aktuálny stav klienta(subjektívny pohľad príbuzného): (mentálny, fyzický, zdravotný, hmotnosť klienta...)			

MANŽEL/MANŽELKA*

Priezvisko:		Meno:		Titul:	
Rodné priezvisko:		Telefón:		Email:	

POŽADOVANÝ NÁSTUP DO DD*

odkedy - dátum:	
-----------------	--

1. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE *

Vzťah:	
Meno a priezvisko:	
Telefón:	
Adresa trv. bydliska:	
Adresa doručovacia:	
Email:	

2. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE

Vzťah:	
Meno a priezvisko:	
Telefón:	
Adresa trv. bydliska:	



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

DD-F72

Adresa doručovacia:	
Email:	

3. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE

Vzťah:	
Meno a priezvisko:	
Telefón:	
Adresa trv. bydliska:	
Adresa doručovacia:	
Email:	

BUDÚCU ZMLUVU O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PODPISUJE*:

- PSS
- doleuvedený zákonný zástupca klienta (opatrovník)
- zástupca klienta na základe lekárskeho potvrdenia alebo plnej moci

* V prípade plnej moci alebo obmedzenej spôsobilosti prijímateľa, doložte potrebnú dokumentáciu.

Svojprávnosť klienta obmedzená: *			
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Právoplatné rozhodnutie súdu v....., zo dňa:....., číslo:.....			
Vzťah ku klientovi:			
Priezvisko:	Meno:	Titul:	
Rodné číslo:		Email:	
Adresa trvalého bydliska:			
Adresa kontaktného bydliska (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):			
Plná moc*: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Generálna plná moc*: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Kontakt:			
Telefón:			
E-mail:			

Doklady k žiadosti:

1. Aktuálne rozhodnutie zo sociálnej poisťovne o výške dôchodku.
2. Potvrdenie o príjme žiadateľa za predchádzajúci rok
3. Právoplatné **rozhodnutie a posudok** o odkázanosti na sociálnu službu podľa zákona č. 448/2008 Z.z.
4. Úradne osvedčené Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu.



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

DD-F72

VYPLNÍ SOCIÁLNY PRACOVNÍK

Výška dôchodku mesačne:	
Druh dôchodku:	<input type="checkbox"/> starobný <input type="checkbox"/> starobný + vdovecký <input type="checkbox"/> invalidný <input type="checkbox"/> iný príjem
Číslo rozhodnutia o odkázanosti:	
Rozhodnutie o odkázanosti vydal:	
Stupeň odkázanosti:	
Druh sociálnej služby:	Zariadenie pre seniorov (ZpS)
Forma sociálnej služby:	Pobytová <input type="checkbox"/> doba neurčitá <input type="checkbox"/> doba určitá
Príspevok na opatrovanie:	<input type="checkbox"/> poberá <input type="checkbox"/> nepoberá

DIÉTA

<input type="checkbox"/> racionálna	<input type="checkbox"/> diabetická	<input type="checkbox"/> žlčníková	<input type="checkbox"/> iná, vypíšte:
<input type="checkbox"/> racionálna - mix	<input type="checkbox"/> diabetická - mix	<input type="checkbox"/> žlčníková - mix	<input type="checkbox"/> tekutá:

VYHLÁSENIE O PRAVDIVOSTI ÚDAJOV

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca /meno a priezvisko/.....
svojím podpisom potvrdzuje, že údaje uvedené v žiadosti o umiestnenie do Zariadenia sociálnych služieb sú pravdivé.

Zároveň žiadateľ (alebo jeho zákonný zástupca), svojím podpisom potvrdzuje, že bol poskytovateľom sociálnej služby oboznámený s možnosťou využiť svoje právo na určenie dôvernej osoby (dôverníka), s ktorou môže konzultovať svoje slobodné rozhodnutia o podpore, poskytovaní sociálnej služby a s jej podporou realizovať rozhodnutia o osobných, právnych, finančných a ďalších záležitostiach.

Poskytovateľ sociálnej služby bude rešpektovať voľbu tejto osoby prijímateľom sociálnej služby ako aj autoritu nominovanej podpornej osoby.

V Bratislave, dňa

.....
vlastnoručný podpis
žiadateľa alebo zákonného zástupcu



Domov dôchodcov Pažitková 2, 821 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

DD-F72

SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca, /meno a priezvisko/..... súhlasí so spracovaním osobných údajov klienta poskytnutých Zariadeniu sociálnych služieb podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a Nariadenia EP a Rady č. 2016/679 (ďalej len GDPR)

Podpisom tohto dokumentu v súlade s príslušnými ustanoveniami zákona o ochrane osobných údajov **poskytujem súhlas** so spracovaním svojich osobných údajov v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb.

Účel spracúvania osobných údajov: Spracovanie dokumentácie klienta.

Rozsah osobných údajov: Titul, meno priezvisko, rodné priezvisko, adresa trvalého pobytu, dátum narodenia, miesto narodenia, rodné číslo, evidenčné číslo občianskeho preukazu, národnosť, štátna príslušnosť, rodinný stav, osobné údaje týkajúce sa bezúhonnosti dotknutej osoby, poberanie dôchodku, číslo osobného účtu, údaje o zdravotnom poistení, fotografie a spoločné fotografie z podujatí.

Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s poskytovaním uvedených osobných údajov tretej osobe (orgány vyššieho územného celku, obec, mesto, Sociálna poisťovňa, Zdravotná poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb.

Udelenie tohto súhlasu môžete odmietnuť bez toho, aby to malo vplyv na poskytovanie služieb.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté informácie o spracúvaní mojich osobných údajov, mojich právach a ich uplatňovaní.

Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní, doručeného zariadeniu sociálnych služieb.

V Bratislave, dňa

.....
vlastnoručný podpis
žiadateľa alebo zákonného zástupcu