

Druh sociálnej služby: **Špecializované zariadenie**

Forma sociálnej služby: **Ambulantná**

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

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

Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:	
Rodné číslo, ak je pridelené:	
Dátum narodenia:	
Adresa pobytu žiadateľa:	
Adresa súčasného pobytu žiadateľa, prípadne adresa pre korešpondenciu:	
Telefonický kontakt, e-mail:	
Kontaktná osoba – prosíme uviesť meno a priezvisko, telefonický kontakt, prípadne e-mail:	
Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby a čas poskytovania sociálnej služby:	

Zákonný zástupca fyzickej osoby alebo opatrovník fyzickej osoby (vypĺňa sa len v prípade, ak má žiadateľ súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony):

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefonický kontakt:

E-mail:

Čestné vyhlásenie o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu u poskytovateľa sociálnej služby. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

*vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba,
prípadne zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka **

* ak osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nedokáže sama podať a podpísať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave podať a podpísať žiadosť aj iná osoba, ktorá doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti, prípadne kópiu Generálnej plnej moci a podobne

POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY - kópie:

- » **Integrovaný posudok** vydaný ÚPSVaR alebo **Právoplatné rozhodnutie a Posudok o odkázanosti na sociálnu službu**, z VÚC
- » **Generálna plná moc** alebo **potvrdenie ošetrojúceho lekára** (ak vzhľadom na svoj zdravotný stav osoba nedokáže sama podať a podpísať žiadosť) alebo **právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony** (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) alebo **uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka** (ak je súdom uznesenie vydané)
- » **Prijímací list**
- » **Sociálna anamnéza**
- » **Rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku** (starobný/vdovský/vdovecký...)
- » **Lekárske potvrdenie od špecialistu** (psychiater/neurológ) a diagnóze resp. liečbe
- » **Lekárske potvrdenie od všeobecného lekára**
- » **Zdravotná kartička poistenca**

Spracovanie osobných údajov: Osobné údaje sú spracované v súlade so Zásadami spracúvania osobných údajov fyzických osôb v zmysle smernice GDPR Centra MEMORY, n.o.

Dátum prijatia žiadosti: