

## ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SLUŽIEB ÚTULKU

Meno	Priezvisko	Rodné meno	
Dátum narodenia	Miesto narodenia		
Občiansky preukaz – číslo, séria	Rodinný stav		
Trvalé bydlisko – presná adresa			
Prechodné bydlisko – presná adresa			
Zamestnávateľ – obchodný názov a adresa			
Ste poberateľom sociálnej dávky ÁNO - NIE	Odkedy:	Ste v evidencii uchádzačov o zamestnanie: ÁNO - NIE	Odkedy:
<b>Najbližší príbuzný:</b> Meno a priezvisko:		Adresa bydliska:  Telefón:	
Uvedte príčinu straty prístrešia – dôvod prečo žiadate o bývanie v útulku:			
Odkedy dokedy požadujete ubytovanie v útulku:			

*K žiadosti je potrebné priložiť vyjadrenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa !*

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol(a) podľa skutočnosti. Som si vedomý(á) toho, že skreslené alebo nepravdivé údaje môžu mať právne následky a ukončenie poskytovania sociálnej služby s vymáhaním škody vzniknutej jej neoprávneným poberaním.

Dávam OSS mesta Šaľa výslovný súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých v tejto žiadosti a jej prílohách v informačnom systéme OSS vrátane osobitných kategórií osobných údajov za účelom poskytovania sociálnych služieb. Tento súhlas platí do doby jeho písomného odvolania a možno ho kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov.

V Šali dňa \_\_\_\_\_

vlastnoručný podpis žiadateľa

**VYJADRENIE LEKÁRA  
O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA  
o poskytovanie sociálnych služieb v útulku**

Meno	Priezvisko	Rodné meno
Dátum narodenia	Miesto narodenia	Okres
Bydlisko – miesto	Ulica	Č.domu
Anamnéza (rodinná, osobná, pracovná)		
Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis)		
Duševný stav, prípadne prejavy narúšajúce kolektívne spolunažívanie		
Diagnóza (slovensky) a) hlavná	Štatistická značka hlavnej choroby podľa medzinárodného zoznamu	
b) ostatné choroby	<b>Infekčné - prenosné choroby</b>	
c) chorobné stavy		
Prílohy k žiadosti:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) popis rtg snímku pľúc nie je starší ako 1-mesačný. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy</li> <li>b) výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo</li> <li>c) podľa potreby na návrh ošetrujúceho lekára výsledky vyšetrenia chirurgického, interného, neurologického, psychiatrického, ortopedického, popr. laboratórneho vyšetrenia.</li> </ul>		
Je schopný chôdze bez cudzej pomoci	ÁNO – NIE	
Je pripútaný trvale – prevažne na lôžko	ÁNO – NIE	
Je schopný sám sa obslúžiť	ÁNO – NIE	
Inkontinencia      trvale	ÁNO – NIE	
občas	ÁNO – NIE	
Potrebuje lekárske ošetrovanie trvale	ÁNO – NIE	
občas	ÁNO – NIE	
Je pod dohľadom špecializ. zdravot. pracoviska napr. interného, pľúcneho neurologického, psychiatrického, ortopedického a chirurgického, poradne diabetickej, protialkoholickej a pod.	ÁNO – NIE	
Potrebuje osobitnú starostlivosť – akú :		
Vyjadrenie ošetrujúceho lekára k nutnosti poskytovania sociálnej služby alebo k nevyhnutnosti poskytovania opatrovateľskej služby pre žiadateľa		
Dňa	podpis a menovka lekára	