Žiadosť o UZATVORENIE ZMLUVY O SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH v ZARIADENÍ PRE SENIOROV

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko a žiadateľa: |  | | | | | | | | | | |
| Dátum narodenia: |  | | | | Miesto narodenia: | |  | | | | |
| Adresa bydliska a PSČ : |  | | | | | | | | | | |
| Číslo občianskeho preukazu: |  | | | | Mobil:  Telefón: | |  | | | | |
| Rodinný stav: |  | | | | Druh poberaného dôchodku: | |  | | | | |
| **Manžel – manželka** Meno a priezvisko |  | | | | Dátum narodenia:  (uveďte aj keď zomrel) | |  | | | | |
| Adresa bydliska a PSČ : |  | | | | | | | | | | |
| **Najbližší príbuzný**  Meno a priezvisko |  | | | | | Príbuzenský pomer: |  | | | | |
| Adresa bydliska príbuzného a PSČ : |  | | | | | | Telefón:  Mobil: | | |  | |
| Čím odôvodňujete potrebu umiestnenia v zariadení pre seniorov (domove dôchodcov): | | | | | | | | | | | |
| Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa: | | | | | | | | | | | |
| Termín odkedy (dokedy) sa požaduje umiestnenie v zariadení pre seniorov (nehodiace sa škrtnite!): | | | | | | | | | | | |
| ***A.*** Odo dňa: | | ***B.*** na dobu neurčitú | | | | | | ***C:*** na dobu určitú do : | | | |
| Žiadaná strava (diéta): *(označte krížikom)* | | ***A.* racionálna** |  | raňajky | | | | ***B.* diabetická** |  | | raňajky |
| *Prijímateľ  v zariadení s celoročnou pobytovou sociálnou službou je povinný odobrať aspoň dve jedlá denne, z ktorých jedno musí byť obed alebo večera (§ 17, ods. 4 zákona 448/2008 Z.z.).* | |  | desiata | | | |  | | desiata |
|  | obed | | | |  | | obed |
|  | olovrant | | | |  | | olovrant |
|  | večera | | | |  | | večera |
|  | | | | |  | | druhá večera |
| Požadovaný komfort ubytovania:  *(označte)* | | ***A.*** v 1.posteľovej izbe | | | | | | ***B.*** v 2. posteľovej izbe | | | |
| ***C.*** v 3.posteľovej izbe | | | | | | ***D.*** nezáleží - podľa možností domova | | | |
| Stupeň Vašej mobility: *(označte)* | | ***A.*** úplne pohyblivý | | | | | | ***B.*** čiastočne nepohyblivý | | | |
| ***C.*** prevažne nepohyblivý | | | | | | ***D.*** úplne imobilný | | | |
| Váš záujem o zariadenie izby vlastným nábytkom – doplnkami: | | ***A.*** chcem si priniesť nábytok-aký: | | | | | | ***B.*** televízor, video, rádio, prehrávač | | | |
| ***C.*** byt. doplnky – obrazy, sošky, dečky | | | |
| ***D.*** neprinesie vlastné zariadenie | | | |

Čestne prehlasujem, že nie sú mi známe dôvody, ktoré by vylučovali poskytovanie sociálnej služby a:

1. neposkytuje sa mi opatrovateľská služba v domácnosti,
2. nie som opatrovaný fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie blízkej osoby alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu,
3. rodine nie je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy prenosnou chorobou ani ochorenie touto nákazou.

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

(zákonného zástupcu)

***PRÍLOHY:***

1. *Originál právoplatného rozhodnutia o odkázanosti žiadateľa na služby zariadenia pre seniorov.*
2. *Kópia posledného rozhodnutia Sociálnej poisťovne o priznaní a výške starobného dôchodku alebo invalidného dôchodku.*
3. *Ak má žiadateľ iný nepravidelný príjem priloží doklad preukazujúci jeho príjem za 12 mesiacov predchádzajúcich podaniu žiadosti.*
4. *Úradne osvedčené „Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu“.*
5. *Ak žiadosť podáva zákonný zástupca alebo opatrovník, prikladá sa k žiadosti kópia rozhodnutia o obmedzení spôsobilosti žiadateľa na právne úkony. Pokiaľ zdravotný stav žiadateľa neumožňuje podať žiadosť osobne, priloží sa k žiadosti potvrdenie ošetrujúceho lekára.*