

Obec Šiatorská Bukovinka, Obecný úrad 41  
985 58 Radzovce

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_

Rodné priezvisko (u žien) \_\_\_\_\_

2. Dátum narodenia \_\_\_\_\_ miesto narodenia \_\_\_\_\_

3. Bydlisko \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

4. Štátne občianstvo \_\_\_\_\_

5. Rodinný stav \_\_\_\_\_

6. Zamestnanie, resp. posledné zamestnanie \_\_\_\_\_

Ak je žiadateľ dôchodca:

Druh dôchodku \_\_\_\_\_ Výška dôchodku \_\_\_\_\_

7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

- Opatrovateľská služba
- Zariadenie pre seniorov

8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

- Terénna
- Celoročný pobyt

**9. Žiadateľ býva**

Vo vlastnom dome / byte \_\_\_\_\_

V podnájme \_\_\_\_\_

Počet obytných miestností \_\_\_\_\_

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti \_\_\_\_\_

**10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

---

---

---

---

---

---

---

**11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Dátum narodenia

**12. Príbuzné osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko, dát.narod.	Príbuzenský vzťah	Adresa, telefón

**13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami zabezpečiť starostlivosť o žiadateľa?**

---

---

---

**14. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu \_\_\_\_\_

Číslo rozhodnutia \_\_\_\_\_ Vydal: Okresný súd v \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ telefón \_\_\_\_\_

**15. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**16. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**17. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu v Šiatorskej Bukovinke podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 Zákona č. 428/2002.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**Príloha:**

Lekársky nález na účely konania

Potvrdenie o výške dôchodku, resp. ďalších príjmov

Potvrdenie o nákladoch na bývanie (nájom, inkaso)