|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Obec Šiatorská Bukovinka Šiatorská Bukovinka 41 98558 Radzovce | **ŽIADOSŤo opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |  |
| **1. Žiadateľ**Meno a priezvisko...............................................................................................................................................  Rodné priezvisko ................................................................................................................................................ |
| **2. Dátum narodenia** ............................................................................................................................................ |
| **3. Trvalý pobyt**....................................................................................................................................................... **Prechodný pobyt** ............................................................................................................................................... |
| 4. **Kontakty na žiadateľa**  Telefón......................................................................................e-mail..................................................................  Kontakt na príbuzných ........................................................................................................................................ |
| **5. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ opätovne posúdený ( vyberte a označte len jeden druh**  **sociálnej služby )**

|  |
| --- |
|  opatrovateľská služba 🞏 |
|  zariadenie pre seniorov 🞏 |
|  zariadenie opatrovateľskej služby 🞏 |
|  denný stacionár 🞏 |

  |
| **6. Forma sociálnej služby** /hodiace sa zaškrtnite/ terénna sociálna služba 🞏ambulantná sociálna služba 🞏pobytová sociálna služba 🞏 iná forma sociálnej služby 🞏   |
| **7. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby** ........................................................................................... |
| **8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba opätovne posúdená** /hodiace sa zaškrtnite/

|  |
| --- |
|  opatrovateľská služba 🞏 |
|  zariadenie pre seniorov 🞏 |
|  zariadenie opatrovateľskej služby 🞏 |
|  denný stacionár 🞏 |

    |
| 1. **Forma sociálnej služby** /hodiace sa zaškrtnite/

terénna sociálna služba 🞏ambulantná sociálna služba 🞏pobytová sociálna služba 🞏 iná forma sociálnej služby 🞏   |
| **10. Vyhlásenie žiadateľa** ( zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka )Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/-á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.Dátum: –––––––––––––––––––––– –––––––––––––––––––––––––––––––––––– čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa ( zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka ) |
| **11. Súhlas dotknutej osoby so spracovávaním osobných údajov** Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Lučenec, Mestský úrad, Ulica novohradská č. 1, 984 01 Lučenec podľa zákona č. 18/2018 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 opätovného 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. Dátum: –––––––––––––––––––––– –––––––––––––––––––––––––––––––––––– čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa ( zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |

Príloha: Lekársky nález na účely konania