|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obec Šiatorská Bukovinka  Šiatorská Bukovinka 41  98558 Radzovce | **ŽIADOSŤ o 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