

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE**

**REGENERAČNO-REKONDIČNÝCH SLUŽIEB V DOMÁCOM PROSTREDÍ**

**Žiadateľ:**

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................

 **Prechodný pobyt:** ........................................................................................... **PSČ:** ......................

1. **Kontaktné údaje:**

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

**Kontakt na príbuzných:** .............................................................................................................................

(meno a priezvisko, vzťah)

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

1. **Bytové pomery žiadateľa** (hodiace sa označte „X“)**:**

rodinný dom [ ]  byt [ ]

1. **Odôvodnenie žiadosti o poskytnutie regeneračno-rekondičných služieb v domácom prostredí:**

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Adresa** | **Telefón****e-mail** | **Príbuzenský vzťah** | **Dátum narodenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Opatrovník** (v prípade, že má žiadateľ obmedzenú spôsobilosť na právne úkony):

**Meno a priezvisko opatrovníka:** ...............................................................................................................

**Adresa:** ......................................................................................................................................................

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

*\* kópia rozsudku súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu, ktorou bol súdom ustanovený opatrovník.*

1. **Splnomocnenec** (v prípade, že opatrovaná osoba splnomocnila inú osobu na právne úkony):

**Meno a priezvisko splnomocnenca:** .........................................................................................................

**Adresa:** ......................................................................................................................................................

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

*\* kópia generálnej plnej moci resp. splnomocnenia*

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

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

Dňa …........................................

….................................….......................................

 podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu)



**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

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

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle https://www.banskabystrica.sk/urad/ochrana-osobnych-udajov/, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.“

Dňa …........................................

 ….................................…......................................

 podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu)

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

 **Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti** 

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa**

**Diagnóza a popis zdravotného stavu/rehabilitačná diagnóza:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Konkrétne odporučenie regeneračno-rekondičnej služby - individuálne cvičenie:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

[ ]  **súhlasím** [ ]  **nesúhlasím** s poskytovaním regeneračno-rekondičnej služby- individuálne cvičenie.

Dňa ….............................

 ….................................….......................................

 pečiatka a podpis odborného lekára