

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE ALEBO ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

**podmienenej posúdením odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Žiadateľ:**

1. **Meno a priezvisko:**

**Rodné priezvisko:**

1. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
2. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................

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

1. **Kontaktné údaje:**

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

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

(meno a priezvisko, vzťah)

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

1. **Štátne občianstvo:** …..........................................................................
2. **Rodinný stav** (hodiace označte „X“)**:**

slobodný (á)  rozvedený (á)

ženatý/vydatá  ovdovený (á)

**Žijem s druhom (s družkou):** …..........................................................................................................

(meno a priezvisko)

1. **Druh požadovanej sociálnej služby** (hodiace sa označte „X“)**:**

Opatrovateľská služba

Mesto Banská Bystrica

Seniorka n.o.

EBBA n.o.

Šafrán n.o.

Atena n.o.

Iné ...................................................................

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

Zariadenie podporovaného bývania

Denný stacionár

* požadovaný rozsah hodín počas pracovného dňa od: ................. h, do ......................... h.

1. **Forma sociálnej služby** (hodiace sa označte „X“)**:**

Terénna  Pobytová: týždenná

Ambulantná  celoročná

1. **Deň začatia poskytovania sociálnej služby** (uveďte dátum)**:**

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

1. **Čas poskytovania sociálnej služby** (hodiace sa označte „X“)**:**

na dobu určitú (uveďte dátum): ................................................

na dobu neurčitú

1. **V ktorom zariadení sociálnych služieb žiada žiadateľ o poskytovanie sociálnej služby?**

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

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

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

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

1. **Ďalší príbuzní, resp. ďalšie kontaktné osoby:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. **Žiadateľ** (hodiace sa označte „X“)**:**

* je opatrovanou osobou, na ktorú je priznaný peňažný príspevok na opatrovanie

áno  nie

* má priznaný peňažný príspevok na osobnú asistenciu

áno  nie

v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny.

1. **Vyhlásenie žiadateľa** (zákonného zástupcu)**:**

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

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

podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu)

1. **Ochrana 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)

1. **Prílohy k žiadosti o poskytnutie sociálnej služby:**

posudok a právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu,

potvrdenie o príjme žiadateľa za aktuálny kalendárny rok a spoločne posudzovanej osoby (manžel, manželka),

úradne overené vyhlásenie o majetku žiadateľa a spoločne posudzovanej osoby (manžel, manželka),

kópia rozsudku súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu, ak bol súdom ustanovený opatrovník,

kópia generálnej plnej moci, resp. splnomocnenia.

**K žiadosti o opatrovateľskú službu aj tlačivá:**

úkony sebaobsluhy, úkony starostlivosti o svoju domácnosť, základné sociálne aktivity a dohľad pri poskytovaní opatrovateľskej služby,

identifikačná karta žiadateľa pri poskytovaní opatrovateľskej služby,

1. **Prílohy k žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby u neverejného poskytovateľa:**

posudok a právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu,

tlačivo s požadovaným časovým rozsahom opatrovateľskej služby,

zmluva o poskytovaní sociálnej služby.