



Mestská časť Bratislava-Petržalka

Kutlíkova ul. č. 17, 852 12 Bratislava

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ (fyzická osoba)

Meno a priezvisko:

Rodné priezvisko (u žien):

2. Dátum narodenia a rodné číslo:,

Adresa súčasného pobytu:

3. Trvalé bydlisko: **PSČ:**

Telefón: **E-mail:**

4. Štátne občianstvo: **Občiansky preukaz:**

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

Slobodný (á)

Ženatý

Vydatá

Rozvedený (á)

Ovdovený (á)

6. 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

Zariadenie opatrovateľskej služby

Denný stacionár

- zaškrtnúť len jeden druh sociálnej služby

8. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

- Vo vlastnom dome
- Vo vlastnom byte
- V podnájme
- Počet obytných miestností
- Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti

9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko:	Príbuzenský vzťah:	Rok narodenia:

11. Blízke osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa:

Meno a priezvisko:	Príbuzenský vzťah:	Rok narodenia:

12. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

.....

.....

.....

13. V prípade, ak je fyzická osoba, ktorá potrebuje sociálnu službu, pozbavená alebo obmedzená spôsobilosť na právne úkony:

Meno a priezvisko opatrovníka:

Adresa opatrovníka:

Telefón: E-mail:

14. Súhlasím a určujem, aby sa za účasti fyzickej osoby, ktorá/ý je mojou/mojím

..... (vzťah k žiadateľovi - fyzickej osobe)

vykonala sociálna posudková činnosť (§ 50 ods. 9 zákona č. 448/2008 Z. z. vznp).

Meno a priezvisko fyzickej osoby:

Adresa fyzickej osoby:

Telefón: **E-mail:**

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

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)

16. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestskej časti Bratislava-Petržalka, Kutlíkova ul. č. 17, 852 12 Bratislava podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 Druhej hlave zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Príloha: Lekársky nález, posudok, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie na účely konania (doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave FO nie staršieho ako šesť mesiacov)