

**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

*v zmysle § 74 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona*

*č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní /živnostenský zákon/ v znení neskorších predpisov*

*/ďalej len "zákon o sociálnych službách"/.*

**1.** **Meno a priezvisko** ( rodné priezvisko) FO, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

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

**2. Dátum a miesto narodenia**: ..........................................................................................

**3**. **Adresa trvalého pobytu**:................................................................................................

**4**. **Aktuálna adresa** ( uvedie sa adresa, resp. zariadenie kde sa žiadateľ v čase podania žiadosti nachádzy, a kde je možné vykonať sociálne šetrenie):

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

**5. Rodinný stav**: ......................................... 6. **Štátne občianstvo/národnosť**:.........................

**7. č. OP**: ....................................................... **8. Rodné číslo**: .....................................................

**9.** **Zákonný zástupca, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony**: ...................................

**10**. **Kontaktná osoba**: .................................................................................................................

**11. Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať**:

* Domáca opatrovateľská služba
* Odlahčovacia služba
* Prepravná služba

**12.** **Forma sociálnej služby: -** Terénna forma - Pobytova forma

**13. Predpokladaný deň /čas začatia poskytovania sociálnej služby**: .....................................

**14. Čas poskytovania sociálnej služby**: - na dobu určitú - na dobu neurčitú

**15. Názov poskytovateľa a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si žiadateľ vybral: Centrum pomoci Kalná n.o., SNP 469/44, Kalná nad Hronom**

**16. Dôvod poskytovania sociálnej služby:**

**17. Potvrdenie ÚPSVaR ( v prípade žiadosti o opatrovateľskú službu):**

**ÚPSVaR neposkytuje/ poskytuje - peňažný príspevok na osobnú asistenciu**

 **- peňažný príspevok na opatrovanie inou FO**

**V ......................... dňa:....................... ––––––––––––––––––––––**

 podpis a pečiatka ÚPSVaR

(\*nehodiace sa prečiarknite)

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

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

V ......................... dňa:...................... **––––––––––––––––––––––**

 podpis žiadateľa

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

V zmysle zákona NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti za účelom riešenia žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a pri všetkých úkonoch súvisiacich so zabezpečovaním a poskytovaním sociálnej služby

 – domácej opatrovateľskej služby, odľahčovacej služby alebo prepravnej služby\*.

Dňa: ..............................

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

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

 **K žiadosti o** **domácu opatrovateľskú službu a odľahčovaciu službu je potrebné doložiť:**

A. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu – opatrovateľskú službu

B. Potvrdenie o príjme za aktuálny a predchádzajúci kalendárny rok.

C. Doklad o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony).

**K žiadosti o prepravnú službu je potrebné doložiť:**

A. Posudok vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia **alebo** potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu.

B. Doklad o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony).