

Dátum podania žiadosti
(vyplní zariadenie)

(priestor na pečiatku zariadenia)

**Žiadosť o zabezpečenie sociálnej služby
v ZARIADENÍ OPATROVATELSKEJ SLUŽBY**

(Zariadenie opatrovateľskej služby je určené pre osoby, ktorým nepostačuje domáca opatrovateľská služba a potrebujú 24 hodinovú ošetrovateľsko - opatrovateľskú starostlivosť na dočasné obdobie.)

Názov zariadenia.....

Adresa.....

Informácie o žiadateľovi/žiadateľke.

Prosíme Vás o doplnenie Vašich osobných údajov nižšie. V prípade otázok alebo nejasností pri vyplňovaní žiadosti sa prosím obráťte na zariadenie opatrovateľskej služby, ktoré ste si vybrali, alebo na sociálne oddelenie obce/mestskej časti v ktorej máte trvalý pobyt, alebo na Magistrát hlavného mesta Bratislavy.

1. Žiadateľ/žiadateľka: (meno, priezvisko/rodné priezvisko, titul)

.....

2. Dátum narodenia: (deň, mesiac, rok)

.....

3. Rodné číslo:

.....

4. Zdravotná poisťovňa:

.....

5. Trvalé bydlisko: (ulica, číslo, obec, PSČ)

.....

6. Korešpondenčná adresa: (vyplniť len v prípade ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu)

.....

7. Štátne občianstvo, (alebo povolenie k pobytu)

.....

8. Rodinný stav:

slobodný/á ženatý/vydatá rozvedený/á ovdovený/á

9. Príjmové pomery žiadateľa:

9.a Druh dôchodku: *(ak je žiadateľ poberateľom dôchodku, uviesť, aký druh poberá)*

starobný vdovský/vdovecký výsluhový
 invalidný nie som poberateľom dôchodku

9.b Dôchodok vo výške *(uviesť výšku dôchodku podľa výmeru zo sociálnej poisťovne)*

.....
9.c Iný príjem *(uviesť príjem zo zárobkovej činnosti, nemocenské a. iné)*
.....

10. Príjem manžela/manželky žiadateľa:

.....

Prosíme Vás o vyplnenie bodu 11, pokiaľ žiadosť podávate ako zákonný zástupca žiadateľa.

11. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony
(k žiadosti je nutné predložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť, napr. rozhodnutie súdu):

Zákonný zástupca: (meno, priezvisko).....

Vzťah k žiadateľovi:.....

Adresa zákonného zástupcu:

Tel. číslo..... e-mail.....

Prosíme Vás o vyplnenie osobných údajov hlavnej kontaktnej osoby, ktorú ste si vybrali, aby bola kontaktovaná v prípade vážneho ochorenia, alebo iných závažných skutočností.

12. Hlavná kontaktná osoba

Hlavná kontaktná osoba: (meno, priezvisko).....

Vzťah k žiadateľovi:.....

Adresa kontaktnej osoby :

Tel. číslo..... e-mail.....

Prosíme Vás o vyplnenie osobných údajov osôb s ktorými ste v príbuzenskom vzťahu a ktorí môžu byť informovaní o Vašom stave.

13. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel/ka, deti, vnuci, zať a pod.)

Meno, priezvisko	Tel. kontakt a e-mail	Príbuzenský vzťah	Adresa

14. Uved'te predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby (predpokladaný dátum nástupu) a predpokladaný čas poskytovania sociálnej služby:

.....

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, skončenie pobytu v zariadení sociálnych služieb, respektíve ďalšie právne následky. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v zariadení sociálnych služieb.

V..... dňa

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

Prílohy k žiadosti

- 1) **Právoplatné rozhodnutie** o stupni odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- 2) **Posudok o odkázanosti** na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby
- 3) **Vyhlásenie o majetku** fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu (podpis žiadateľa overený notárom, alebo na Matričnom úrade)
- 4) **Potvrdenie** o príjme
 - 4a zo sociálnej poisťovne o poberaní dôchodku (aktuálne rozhodnutie)
 - 4b iný príjem (zo zárobkovej činnosti, nemocenské a. iné)
 - 4c potvrdenie o príjmových pomeroch manžela/manželky