

Žiadosť o poskytovanie sociálnej služby v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

1. Žiadateľ:

Meno a priezvisko, titul _____

Rodné priezvisko _____

2. Dátum narodenia: _____
deň, mesiac, rok miesto okres

3. Adresa trvalého pobytu _____

PSČ _____ Okres _____

Telefón _____ e-mail _____

Prechodný pobyt _____

Korešpondenčná adresa: _____

4. Štátne občianstvo: _____ Národnosť: _____

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

a) slobodný/á b) ženatý, vydatá c) rozvedený/á d) žije s druhom, s družkou e) vdovec, vdova

6. Žiadateľ má záujem o pobyt:

a) dlhodobý b) krátkodobý _____ /počet týždňov/

7. Číslo občianskeho preukazu: _____

8. Rodné číslo: _____

9. Zdravotná poisťovňa: _____

10. Zdravotný stav žiadateľa:

a) primeraný veku b) vyžaduje pravidelnú pomoc pri úkonoch bežného dňa c) je pripútaný na lôžko

Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení:

11. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:

- zariadenie opatrovateľskej služby

Poznámka:

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na soc. službu v zariadení opatrovateľskej služby sa podáva príslušnej obci (mestu) v mieste trvalého bydliska žiadateľa. Tlačivo žiadosti o posúdenie odkázanosti na uvedený druh soc. služby Vám poskytne obec (mesto).

12. Strava:

a) racionálna b) diabetická c) iná diétna (uviesť aká) _____

13. Údaje o dôchodku:

Ste poberateľom dôchodku: a) starobného b) invalidného c) iný príjem

Dôchodok vo výške: _____ právoplatné rozhodnutie vydané Sociálnou poisťovňou zo dňa: _____

14. Iný príjem žiadateľa (z nehnuteľnosti, dividendy a iné):

aký: _____ mesačne EUR: _____ od koho: _____

15. Údaje o odkázanosti na sociálnu službu:

Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydané príslušným orgánom (mesto, obec)

_____ zo dňa: _____

16. Príbuzní žiadateľa:

Meno a priezvisko - Príbuzenský pomer	Kontakt – Tel.	Bydlisko – Adresa, PSČ	e-mail adresa

Kontaktná osoba: _____

Adresa bydliska kontaktnej osoby _____

v prípade (choroby, hospitalizácie, úmrtia), tel. číslo

17. Žiadateľ býva vo vlastnom dome – byte, v podnájme (uviesť kde a počet miestnosti)
