



MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

Mestský úrad

Štúrova 1989/41

031 42 Liptovský Mikuláš

ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle ustanovenia § 8 ods. 9 v súlade s § 74 ods. 3 a § 94c 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 v platnom znení.

ŽIADATEĽ¹:

Meno a priezvisko: _____

Rodné priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____ Rodné číslo: _____

Adresa trvalého pobytu: _____ PSČ: _____

Adresa prechodného pobytu: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

Štátne občianstvo: _____

Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| slobodný/á | <input type="checkbox"/> |
| ženatý/vydatá | <input type="checkbox"/> |
| rozvedený/á | <input type="checkbox"/> |
| ovdovený/á | <input type="checkbox"/> |
| žije s druhom/družkou | <input type="checkbox"/> |

Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome vo vlastnom byte v podnájme

počet obytých miestností _____

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti, vrátane žiadateľa _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA (vyplňte v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu):

Meno a priezvisko: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Telefón: _____ Email: _____

¹ Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti

Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta):

| <i>Meno a priezvisko</i> | <i>Príbuzenský vzťah</i> | <i>Rok narodenia</i> | <i>Adresa</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta):

| <i>Meno a priezvisko</i> | <i>Príbuzenský vzťah</i> | <i>Rok narodenia</i> | <i>Adresa</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DRUH POŽADOVANEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):

- opatrovateľská služba
odľahčovacia služba

FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY: terénna

MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (uved'te dátum):

ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (uved'te denný rozsah poskytovania opatrovateľskej služby, resp. čas, v ktorom máte záujem o poskytovanie opatrovateľskej služby):

POTVRDENIE ÚRADU PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY

Týmto potvrdzujeme, že žiadateľ uvedený v tejto žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

pán/pani _____ nar. _____

je od _____ do _____

nie je

(hodiace sa zaškrtnite)

opatrovaný fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie alebo poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vybavuje: _____

Dňa: _____

pečiatka a podpis

VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (resp. zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(resp. zákonného zástupcu)

PRÍLOHY:

- Potvrdenie o príjme žiadateľa a spoločne posudzovanej osoby (manžel, manželka, ...).
- Vyhlásenie o majetku žiadateľa – úradne overené.
- Kópiu právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a posudku o odkázanosti na sociálnu službu.
- Kópia právoplatného rozhodnutia o odňatí peňažného príspevku na opatrovanie alebo peňažného príspevku na osobnú asistenciu vydaného príslušným Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ak je relevantné).
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka vydaná príslušným súdom, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu (ak je relevantné).
- Potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa, ak nemôže žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav podať žiadosť sám (ak je relevantné).

Poskytnuté osobné údaje budú spracované len za účelom vybavenia Vašej žiadosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Osobné údaje môžu byť poskytnuté orgánom štátnej moci, kontrolným orgánom za účelom kontroly z ich strany a prípadne iným príjemcom, ak to povaha žiadosti vyžaduje. Osobné údaje nebudú poskytnuté do tretích krajín. Po vybavení žiadosti budú osobné údaje a žiadosť archivované v súlade s registratúrnym plánom mesta. Môžete od nás požadovať prístup k Vaším osobným údajom, máte právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu. Ak sa domnievate, že Vaše osobné údaje sú spracúvané nespravodlivo alebo nezákonne, môžete podať sťažnosť na dozorný orgán ako aj právo podať návrh na začatie konania dozornému orgánu ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27. Predmetné práva si môžete uplatniť písomne doručením žiadosti na adresu: Mesto Liptovský Mikuláš, Štúrova 1989/41, 031 42 Liptovský Mikuláš, osobne do podateľne alebo elektronicky na email martina.mrazova@mikulas.sk. Kontakt na osobu zodpovednú za ochranu osobných údajov: zodpovednaosoba@somi.sk. Viac informácií o ochrane osobných údajov nájdete na našej webovej stránke – www.mikulas.sk.