



MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

Mestský úrad

Štúrova 1989/41

031 42 Liptovský Mikuláš

ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

v zmysle ustanovenia § 8 ods. 1 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: _____

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 obytných 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 ošetrujúceho 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):

- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- denný stacionár
- opatrovateľská služba
- odľahčovacia služba
- prepravná služba

FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):

- terénna
- ambulantná (denná)
- týždenná pobytová
- celoročná pobytová

NÁZOV POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY A MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

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

DENNÝ ROZSAH POSKYTOVANIA OPATROVATEĽSKEJ SLUŽBY (uved'te počet hodín, ak máte záujem o zabezpečenie poskytovania 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.
- 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).