|  |
| --- |
| pečiatka podateľne BSK |

**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

v zmysle 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“).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:** |  | | | |
| **Dátum narodenia:** |  | | | |
| **Adresa pobytu:** |  | | | |
| **Adresa pre korešpondenciu:** |  | | | |
| **Telefónne číslo a**  **e-mail:** |  | | | |
| **Rodinný stav:** |  | | | |
| **Štátne občianstvo** |  | | | |
| **Číslo občianskeho preukazu:** |  | | | |
| **Kontaktná osoba:** |  | | | |
| **Telefónne číslo a**  **e-mail kontaktnej osoby:** |  | | | |
| **Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si táto fyzická osoba vybrala:** |  | | | |
| **Druh sociálnej služby:**  (druh vyznačte symbolom „X“)  Domov sociálnych služieb  Špecializované zariadenie  Rehabilitačné stredisko  Zariadenie podporovaného bývania | | | **Forma sociálnej služby:** (formu vyznačte symbolom „X“)  Celoročná  Týždenná  Ambulantná | |
| **Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby a čas poskytovania sociálnej služby:**  Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby:  Čas poskytovania sociálnej služby:  **Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, ak bolo vydané:**  Vydal:  Číslo rozhodnutia:  Dátum nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia: | | | | |
| **Fyzickej osobe, ktorá žiada o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, je ku dňu podania žiadosti poskytovaná sociálna služba:**  (Vypĺňa sa len v prípade, ak fyzická osoba už má Bratislavským samosprávnym krajom zabezpečené poskytovanie sociálnej služby.)  **Názov a adresa zariadenia sociálnych služieb, v ktorom je Bratislavským samosprávnym krajom zabezpečované poskytovanie sociálnej služby:**  **Druh sociálnej služby:**  1. Domov sociálnych služieb 3. Rehabilitačné stredisko  2. Špecializované zariadenie 4.Zariadenie podporovaného bývania  (vyznačte symbolom „X“ **jednu** z možností)  **Forma sociálnej služby:** Celoročná  Týždenná  Ambulantná  (vyznačte symbolom „X“ **jednu** z možností)  **Dátum ukončenia poskytovania sociálnej služby:** | | | | |
| **Zákonný zástupca fyzickej osoby alebo opatrovník fyzickej osoby, ak má žiadateľ súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony:**  **Meno a priezvisko:**  **Adresa:**  **Tel. kontakt:**  Poznámka: k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť | | | | |
| **Príjmové a majetkové pomery fyzickej osoby, ktorej sa má  poskytovať sociálna služba:** | | | | |
| Dôchodok (druh): | | Výška dôchodku: | |
| Iný príjem (uviesť aký?): | | Výška iného príjmu: | |
| Nehnuteľnosti: | | | |
| Finančné úspory, vklady (v akej výške): | | | |
| Hnuteľné veci vyššej hodnoty (napr. auto), cenné papiere, umelecké diela, a iné predmety (vymenujte a uveďte hodnotu): | | | |
| **Súhlas s poskytnutím osobných údajov vybranému poskytovateľovi sociálnej služby:**  Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Bratislavského samosprávneho kraja, Sabinovská 16, 820 05 Bratislava v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vybranému poskytovateľovi sociálnej služby pre účely zabezpečenia sociálnej služby. Súhlas bol udelený dobrovoľne a bez nátlaku a môže byť kedykoľvek odvolaný.  V dňa  Meno:  Priezvisko:        vlastnoručný podpis osoby,  ktorej sa má poskytovať sociálna služba  (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)  Poznámka: Ak sa domnievate, že spracúvanie osobných údajov je nezákonné, môžete podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky (adresa: Hraničná 12, 820 07 Bratislava, e-mail: statny.dozor@pdp.gov.sk). | | | | |
| **Čestné vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu alebo opatrovníka) o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**  Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.  V dňa  vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať  sociálna služba  (zákonného zástupcu alebo opatrovníka) | | | | |

**K žiadosti je potrebné priložiť:**

1. kópiu právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu **požadovaného druhu** sociálnej služby,
2. kópiu právoplatného rozhodnutia (ak, bol vydaný) o ustanovení opatrovníka.