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

**Заява про забезпечення** **надання соціальної послуги**

відповідно до Закону № 448/2008 Збірник законів про соціальні послуги та після внесення змін до Закону № 455/1991 Zb. на торговий бізнес (Закон про ліцензування торгівлі) з пізнішими змінами (далі – «Закон про соціальні послуги»).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Прізвище та ім'я фізичної особи, якій мають надава-тися соціальні послуги:** |  | |
| **Дата народження:** |  | |
| **Адреса перебування:** |  | |
| **Адрес тимчасового перебуванн я:** |  | |
| **Адреса для**  **кореспонденції:** |  | |
| **Номер телефону i e-mail:** |  | |
| **Сімейний стан:** |  | |
| **Громадянство:** |  | |
| **Номер паспорта:** |  | |
| **Контактна особа:** |  | |
| **Номер телефону i**  **e-mail контактної особи:** |  | |
| **Найменування провайде-ра соціальної послуги та місце надання соціальної послуги, обрані цією фізичною особою:** |  | |
| **Вид соціальної послуги** **(позначте вид символом «X»)**  Будинок соціальних служб  Спеціалізований соц. відділ  Реабілітаційний центр  Підтримуваний житловий об´єкт | | **Форма соціальної послуги: (позначте форму символом «Х»)**  Цілий рік  Щотижня  Амбулаторна |
| **Орієнтовна дата початку надання соціальної послуги та період надання соціальної послуги:**  Орієнтовна дата початку надання соціальних послуг:  Період надання соціальної послуги:  **Діюче рішення про надання на соціальну послугу, якщо було винесене:**  Рішення виніс:  Номер рішення:  Дата набрання законної сили рішення: | | |
| **Фізична особа, яка звертається з заявою за наданням соціальної послуги, отримує соціальну послугу в день подання заяви:**  (Заповнюється лише в тому випадку, якщо фізична особа вже має Братиславським самоврядним регіоном надані соціальні послуги.)  **Назва та адреса соціального закладу, в якому Братиславський самоврядний регіон надає соціальну послугу:**  **Вид соціальної послуги:**  1. Будинок соціальних служб 3. Реабілітаційний центр  2. Спеціалізований заклад 4.Підтримуваний житловий об´єкт  (позначтесимволом „Х“ **одну** форму)  **Форма соціальної послуги:**  Цілий рік  Щотижня  Амбулаторна  (позначте **одну** із форм символом«Х»)  **Дата припинення надання соціальної послуги:** | | |
| **Законний представник фізичної особи або опікун фізичної особи, якщо заявнику обмежена дієздатність для правових актів:**  **Ім´я та прізвище:**  **Адреса:**  **Тел. контакт:**  имітка: До заяви необхідно додати документ, що підтверджує зазначений факт. | | |
| **Згода на надання персональних даних обраному провайдеру соціальних послуг:**  Я даю згоду на обробку персональних даних, наданих Управлінню Братиславського самоврядного регіону, Sabinovská 16, 820 05 Bratislava відповідно до Закону №. 18/2018 зб. про захист персональних даних та про внесення змін до деяких законів,  обраному провайдеру соціальних послуг для цілей надання соціальної послуги. Згода була надана добровільно та без примусу та може бути відкликана в будь-який час.  В день  Ім´я:  Прізвище:        власноручний підпис особи,  якій мають надаватися соціальні послуги  (законний представник або опікун)  Примітка: Я кщо ви вважаєте, що обробка персональних даних є незаконною, Ви можете подати скаргу до Управління захисту персональних даних Словацької Республіки - Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky (адреса: Hraničná 12, 820 07 Bratislava, e-mail: statny.dozor@pdp.gov.sk). | | |
| **Проголошення заявника (законного представника чи опікуна) про достовірність та повноту інформації, наданої у заяві:**  Я заявляю, що надав усю інформацію в цій заяві на основі обставин. Я знаю, що неправдива інформація призведе до можливого вимагання відшкодування збитків, можливо також кримінальне переслідування та припинення перебування у провайдера соціальної послуги. Я заявляю, що персональні дані, надані в цій заяві, надаються за згодою зацікавлених осіб.  В день  власноручний підпис особи,  якій має надаватися соціальна послуга  (законний представник або опікун) | | |

**До заяви повинні бути додані:**

1. копія діючого рішення про залежність від соціальних послуг та висновок про залежність від соціальних послуг необхідного виду соціальної послуги,
2. копія діючого рішення (у разі його прийняття) про призначення опікуна.