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

**Žiadosť o zabezpečenie sociálnej služby**

**počas odľahčovacej služby**

podľa § 54 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 ako „zákon o sociálnych službách“)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej „osoba, ktorá opatruje“) :** |  | |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  | |
| **Telefónne číslo:** |  | |
| **Email:** |  | |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorej sa má poskytovať sociálna služba v ZSS (ďalej „opatrovaná osoba“):** |  | |
| **Rodné číslo, ak je pridelené:** |  | |
| **Dátum narodenia:** |  | |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  | |
| **Rodinný stav:** |  | |
| **Požadovaný termín poskytovania sociálnej služby:** | Od: | Do: |
| **Forma sociálnej služby:** (vyznačte symbolom „X“)  Ambulantná  Týždenná  Celoročná | | |
| **Zákonný zástupca opatrovanej osoby alebo opatrovník opatrovanej osoby, ak má táto osoba súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony:**  **Meno a priezvisko:**  **Adresa:**  **Telefónne číslo:**  **Email:** | | |
| **Súhlas s poskytnutím osobných údajov poskytovateľovi sociálnej služby v ktorom sa bude opatrovanej osobe sociálna služba poskytovať a čestné vyhlásenie o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**   1. 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.   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](mailto:statny.dozor@pdp.gov.sk)).   1. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu u poskytovateľa sociálnej služby. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.   V  dňa  vlastnoručný podpis osoby, ktorá opatruje vlastnoručný podpis opatrovanej osoby  (zákonného zástupcu alebo opatrovníka) | | |

**K žiadosti je potrebné priložiť:**

* 1. kópiu komplexného posudku opatrovanej osoby vydaného príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, v ktorom je uvedený stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby,
  2. kópiu právoplatného rozhodnutia alebo potvrdenie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o tom, že osoba, ktorá opatruje, spĺňa podmienky na poskytovanie peňažného príspevku na opatrovanie,
  3. kópiu právoplatného rozsudku súdu (ak bol vydaný) o ustanovení opatrovníka, ak má opatrovaná osoba súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony.