|  |
| --- |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:**  |  |
| **Rodné číslo, ak je pridelené:** |  |
| **Dátum narodenia:** |  |
| **Adresa pobytu žiadateľa:**  |  |
| **Adresa súčasného pobytu žiadateľa, prípadne adresa pre korešpondenciu:**  |  |
| **Telefonický kontakt, e-mail:**  |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Kontaktná osoba – prosíme uviesť meno a priezvisko, telefonický kontakt, prípadne e-mail:** |  |
| **Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si táto fyzická osoba vybrala:** |  |
| **Druh sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“)**:** **Domov sociálnych služieb** (do dovŕšenia dôchodkového veku)**Špecializované zariadenie**(osoby s diagnózou najmä Alzheimerova choroba, demencia, Parkinsonova choroba, schizofrénia, organický psychosyndróm, pervazívna vývinová choroba)  |  **Rehabilitačné stredisko** (pre osobu na účely sociálnej rehabilitácie, ktorá je slabozraká, nepočujúca alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť)  **Zariadenie podporovaného bývania** (od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je osoba pod dohľadom schopná viesť samostatný  život) |
| **Forma sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“):CeloročnáTýždennáAmbulantná | **Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby a čas poskytovania sociálnej služby:** |
| **Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, ktoré vydal Bratislavský samosprávny kraj, prípadne iný samosprávny kraj:**Vydal:Číslo rozhodnutia / číslo spisu:Dátum nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia: |
| **Fyzickej osobe, ktorá žiada o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, sa ku dňu podania žiadosti poskytuje sociálna služba v zariadení sociálnych služieb** (názov a adresa zariadenia sociálnych služieb; vypĺňa sa len v prípade, ak fyzická osoba už má Bratislavským samosprávnym krajom zabezpečené poskytovanie sociálnej služby): **Druh sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“): **Forma sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“):1. Domov sociálnych služieb Celoročná2. Špecializované zariadenie Týždenná3. Rehabilitačné stredisko Ambulantná4.Zariadenie podporovaného bývania  **Dátum ukončenia poskytovania sociálnej služby:**  |
| **Zákonný zástupca fyzickej osoby alebo opatrovník fyzickej osoby** (vypĺňa sa len v prípade, ak má žiadateľ súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony)**:****Meno a priezvisko:** **Adresa:** **Telefonický kontakt:** **E-mail:**  |
| **Súhlas s poskytnutím osobných údajov poskytovateľovi sociálnej služby, v ktorom sa bude fyzickej 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. \*
2. 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, ktorej sa má poskytovať sociálna služba, prípadne zákonného zástupcu alebo opatrovníka  \* 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). |
| **POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY - kópie:**1. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
2. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu.
3. Právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) alebo uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka (ak je súdom uznesenie vydané)
 |