

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

Viacúčelové zariadenie pre seniorov

Kukučínova 2970, 022 01 Čadca

Dátum podania žiadosti:

Žiadateľ: Meno:

Priezvisko:

Priezvisko: (u žien aj rodné)

Narodený: Deň:

Mesiac:

Rok:

Miesto:

Okres:

Rodné číslo:

Bydlisko:

PSČ:

Štátne občianstvo:

Národnosť:

Kontaktná osoba:

Rodinný stav:

slobodný/á

ženatý/vydatá

ovdovený/á

rozvedený/á

druh/družka

Dosiahnuté vzdelanie:

Posledný zamestnávateľ:

Miesto poskytovania sociálnej služby:

VZpS, Kukučínova 2970, 022 01 Čadca

Forma sociálnej služby:

celoročná pobytová sociálna služba

Druh sociálnej služby:

zariadenie pre seniorov

Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

Rozsah poskytovania sociálnej služby:

Druh dôchodku:

starobný

vdovský/ vdovecký

výsluhový

invalidný

Číslo rozhodnutia o dôchodku:

vo výške:

Iný príjem žiadateľa: (zo zamestnania popri dôchodku, z pozemkov, budov...):

Od koho:

Vo výške:

Majetok žiadateľa:

Hotovosť (u koho?)

Vklady (kde?)

Pohľadávky (u koho?)

Žiadateľ býva: v dome

v byte

v podnájme

sám

s príbuznými

iné

Meno a priezvisko manžela/manželky:

Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť umiestnenia vo VZpS?

Kontakty:

Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel/ka, deti, vnuci, zať, atď...

	meno a priezvisko:	príbuzenský vzťah:	tel. kontakt, e-mail:
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti: manžel/ka, deti, vnuci, zať, atď...

	meno a priezvisko:	príbuzenský vzťah:	tel. kontakt, e-mail:
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komu sa má dať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa počas pobytu vo VZpS?

	meno a priezvisko:	príbuzenský vzťah:	tel. kontakt, e-mail:
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

adresa:

Bol žiadateľ umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb? Áno Nie

Ak áno, v ktorom?

Z akého dôvodu odišiel alebo bol prepustený?

V ktorom ZSS okrem VZpS Kukučínova 2970, Čadca má podanú žiadateľ žiadosť?

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Žiadateľ o sociálnu službu svojim podpisom poskytuje súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

Vyhlásenie žiadateľa:

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Súhlasím s vyžiadanim údajov o mojej osobe potrebných pre rozhodnutie o poskytovaní sociálnych služieb.

V dňa
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

Vyhlásenie lekára:

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnych služieb v VZpS.

V dňa
podpis a pečiatka lekára

Prílohy k žiadosti:

- Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu Posudok o odkázanosti na soc. službu
- Integrovaný posudok
- Potvrdenie o pravidelnom príjme za predchádzajúci kalendárny mesiac
- Potvrdenie o nepravidelnom príjme za predchádzajúci kalendárny rok
- Potvrdenie o príjme spoločne posudzovaných osôb
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu
- Kúpna zmluva pri predaji nehnuteľnosti (zápis do katastra nehnuteľnosti)
- Lekárske správy od lekára

V dňa
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

Prevzal:

Prílohy doložené pri nástupe do zariadenia:

- Čestné vyhlásenie (vystrojenie pohrebu, preberanie dlhu v prípade úmrtia, doplatenie do výšky plnej úhrady v prípade nepostačujúceho príjmu)
- Lekárske vyšetrenia pred nástupom do zariadenia + fotokópie výsledkov vyšetrení
- Identifikačný údaj čísla OP:
- Identifikačný údaj čísla zdravotného poistenia:
- Identifikačný údaj čísla preukazu ZŤP:
- Identifikačný údaj čísla OP platcu zmluvného doplatku:
- Splnomocnenia
- Rozhodnutie ÚPSVaR o priznaní kompenzácií
- Iné potrebné údaje k uzatvoreniu zmluvy:

V dňa
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

Prevzal: