ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

podľa § 92 z. č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení

 Obec: Oravský Podzámok

V zmysle § 92 z. č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení týmto žiadam o posúdenie mojej odkázanosti na sociálnu službu podľa § 35, § 36, § 40, § 41 zákona o sociálnych službách. Ďalej uvádzam povinné obsahové náležitosti žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu:

Meno a priezvisko: ..............................................................................................................

Rodné priezvisko: ..............................................................................................................

Rodné číslo a dátum narodenia:...........................................................................................

Adresa trvalého pobytu:....................................................................................................... Štátne občianstvo:................................................................................................................

Číslo občianskeho preukazu: ...............................................................................................

Telefón: ................................................................................................................................

Rodinný stav:........................................................................................................................

Druh dôchodku: ...............................................................................................................

Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti ( manžel/ ka, deti):

Meno a priezvisko: .................................................................................

 .................................................................................

 .................................................................................

 ...............................................................................

Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko |  |  |  |  |  |
| Príbuzný pomer k žiadateľovi |  |  |  |  |  |
| Trvalé bydlisko |  |  |  |  |  |
| Kontakt |  |  |  |  |  |
| Zamestnanie |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (vybranú službu podčiarknite):

Zariadenie pre seniorov Zariadenie opatrovateľskej služby

Denný stacionár Opatrovateľská služba

Zdôvodnenie žiadosti: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby:...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

V ....................................., dňa:

 Podpis a pečiatka poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

V Oravskom Podzámku, dňa:

 Podpis žiadateľa alebo zákonitého zástupcu alebo rodinného príslušníka

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Súhlas so spracovaním osobných údajov

Ja, dolu podpísaný(á): Meno ...................................... Priezvisko...................................... týmto udeľujem súhlas v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len Nariadenie GDPR), ktoré som dobrovoľne poskytol / poskytla za účelom vypracovania rozhodnutia na sociálnu službu.

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol / bola poučená o svojich právach, ako právach dotknutej osoby uvedených v čl. 15 až 23 Nariadenia GDPR, resp. § 19 až 30 zákona a že svoje identifikačné údaje, ktoré som poskytol / poskytla sa zhodujú so skutočnosťou, a že sú úplné, pravdivé a presné.

V Oravskom Podzámku, dňa: .........................

 podpis poskytovateľa údajov