

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby v Dennom stacionári

Domov seniorov



ARCHA, Rozvodná 25, 831 01 Bratislava

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	Doručené dňa: (prezentačná pečiatka zariadenia)
---	--

1. Meno a priezvisko	Rodné priezvisko
2. Dátum narodenia	Rodné číslo
Miesto narodenia	
3. Trvalé bydlisko	
Ulica, číslo domu	Mesto, PSČ
Prechodný pobyt	
4. Kontaktná osoba	
Meno a priezvisko	
Vzťah k žiadateľovi (príbuzný, sused, priateľ...)
Adresa	
Tel. kontakt	E-mail
5. Štátna príslušnosť	
6. Rodinný stav	
7. Dosiiahnuté vzdelanie	Povolanie
8. Záľuby	
9. Číslo právoplatného rozhodnutia a odkázanosti na sociálnu službu	
10. Rozhodnutie vydal	
11. Stupeň odkázanosti	

12. Meno a priezvisko manžela/ky

13. Druh a výška dôchodku (mesačne)

Iný príjem a výška iného príjmu

14. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (deti, vnuci, zať, nevesta...)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Dátum narodenia	Bydlisko	Tel.kontakt

15. K žiadosti je potrebné priložiť nasledovné prílohy:

- právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
- potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o výške dôchodku za predchádzajúci kalendárny mesiac
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu
- vyhlásenie lekára, ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť a uzavrieť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby
- lekárska správa (posledná prepúšťacia správa)
- výtery (nos, hrdlo, konečník) **BEZPROSTREDNE PRED NÁSTUPOM**

16. Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu

ak je žiadateľ obmedzený, resp. pozbavený spôsobilosti na právne úkony na základe právoplatného rozhodnutia

Okresného súdu o obmedzení / pozbavení spôsobilosti na právne úkony

zo dňa konanie vedené pod sp. zn.

17. Ošetrojúci všeobecný lekár

Meno a priezvisko

Adresa ambulancie

Telefon. kontakt

18. Odborní lekári, v ktorých starostlivosti sa žiadateľ nachádza (napr. psychiater, urológ, internista, kardiológ, diabetológ ...)

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

19. Vyhlásenie žiadateľa / zákonného zástupcu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v zariadení Domova seniorov ARCHA.

Dňa

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

20. Informácia pre žiadateľa o spracovaní osobných údajov

Podľa zákona č. 18/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 94 bod 3 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon o sociálnych službách) sa osobné údaje uvedené v žiadosti získavajú bez súhlasu dotknutej osoby a to aj kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na účely poskytovania sociálnych služieb. Zariadenie poskytuje osobné údaje v súčinnosti a spolupráci vo veciach sociálnych služieb orgánom verejnej moci (ÚPSVaR, Sociálna poisťovňa, zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, daňový úrad, MPSVR SR, Magistrát hl. mesta SR Bratislava a ďalšie orgány verejnej moci. Zariadenie eviduje osobné údaje žiadateľa na dobu určenú podľa platného registratúrneho poriadku a registratúrneho plánu Magistrátu hl. mesta SR Bratislava. Ak tieto údaje nebudú poskytnuté zo strany žiadateľa, nie je možné poskytnúť požadovanú sociálnu službu.

Iné dôležité záznamy