

Domov seniorov ARCHA

Rozvodná 25, 831 01 Bratislava

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb

| 1. Žiadateľ Meno a priezvisko | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|------|---------------------------|------------------------------------|
| Rodné priezvisko (u žien) | | | | | |
| 2. Dátum narodenia Rodné číslo: | | | | | |
| Miesto nar. (okres) | | | | | |
| Adresa pobytu (príp. zariadenia)..... | | | | | |
| 3. Trvalé bydlisko | | | | | |
| Telefón E-mail | | | | | |
| 4. Štátne občianstvo Národnosť | | | | | |
| 5. Rodinný stav (slobodný (á), ženatý, vydatá, rozvedený (á), ovdovený (á), žije s druhom, s družkou) | | | | | |
| 6. Meno a priezvisko manžela/ky | | | | | |
| 7. Životné povolanie | | | | | |
| Posledný zamestnávateľ: | | | | | |
| Osobné záujmy žiadateľa | | | | | |
| 8. Druh a výška dôchodku: | | | | | |
| 9. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta | | | | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer k žiadateľovi | Dátum narodenia | Stav | Počet nezaopatrených detí | Adresa zamestnávateľa, zamestnanie |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

10. Priebeh zdravotného stavu a starostlivosti o žiadateľa

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

11. Druh sociálnej služby, ktorá sa má fyzickej osobe poskytovať (hodiace sa zaškrtnite)

- Denný stacionár
 Zariadenie opatrovateľskej služby
 Zariadenie pre seniorov

12. Forma sociálnej služby v zariadení (hodiace sa zaškrtnite)

- denný pobyt
 dočasný pobyt
 celoročný pobyt

13. Deň začatia poskytovania sociálnej služby (uveďte dátum)

.....

14. Čas poskytovania sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

- na dobu určitú (uveďte dátum)
 na dobu neurčitú

Ak sa má poskytovať odľahčovacia služba – obdobie trvania tejto služby

15. K žiadosti je potrebné doložiť:

- právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
 rozhodnutie zo Sociálnej poisťovne o výške dôchodku
 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 (z nosa, hrdla a konečníka) PRED NÁSTUPOM

16. **Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu:**

.....
.....

ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony - právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa č.

17. Kontaktná osoba

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

E-mail:

18. Názov zariadenia sociálnych služieb (okrem DS ARCHA), v ktorom má žiadateľ podanú žiadosť:

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

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

Dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním svojich osobných údajov poskytnutých mestu Bratislava podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z.

Dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)