**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

**v Pohode seniorov, n.o., Hodská č. 360, 924 01 Galanta**

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 v znení neskorších predpisov

**Žiadateľ ( meno a priezvisko):**………………………….........................., rodné : ............……............

**Narodený/á:** …........………. **Rodné číslo:** ……....………….. **Miesto narodenia:** ...............................

**Číslo OP:** .............................. **Rodinný stav:** .......................... **Národnosť:** .........................................

**Adresa trvalého pobytu**: …………………………………………………................ **PSČ:** ...................

 **Miesto poskytovania sociálnej služby:**....................................................................................................

**Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:**

□ Zariadenie pre seniorov □ Domov sociálnych služieb

□ Špecializované zariadenie □ Denný stacionár

**Forma sociálnej služby:** □ ambulantná □ terénna □ pobytová

**Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby:** ..............................................................

**Čas poskytovania sociálnej služby:**  □ určitý □ neurčitý

**Kontaktná osoba/ vzťah:**

1. ……………....................………………………………………dátum narodenia:.......................

Adresa:...........................................................................................................................................

Telefonický kontakt:......................................................e – mail:................................................

1. ……………....................………………………………………………………..........................

Telefonický kontakt:......................................................e – mail:................................................

**Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu:**

Rozhodnutie vydal: ................................................... Číslo rozhodnutia: ..............................................

Dátum vydania: ........................................................ Právoplatné dňa: ................................................

**Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

 Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu: ………………...…………………………..........…....

 číslo rozhodnutia o obmedzení alebo pozbavení spôsobilosti na právne úkony: .....................................

 právoplatnosť daného rozhodnutia / dátum / : ............................. súd / názov súdu /...............................

**Súhlas na spracúvanie osobných údajov fyzickej osoby, ktorej sa má  poskytovať sociálna
služba:**

V zmysle § 6 ods. 2. písm. e), zákona NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel spracúvania sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb zo strany zariadenia sociálnych služieb v zmysle § 94c ods.1. zákona o sociálnych službách. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb.

Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného zariadeniu sociálnych služieb, v ktorom sa poskytuje žiadateľovi sociálna služba.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v ustanovení § 28 zákona NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

**Vyhlásenie žiadateľa /zákonného zástupcu/**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol /a/ podľa skutočnosti. Som si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdových údajov.

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

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

 Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 /zákonného zástupcu/

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

1.Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu + posudok o odkázanosti na sociálnu

 službu

2. Rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne

3. Vyhlásenie o majetku s overeným podpisom