



Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

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

Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:	
Rodné číslo, ak je pridelené:	
Dátum narodenia:	
Adresa pobytu žiadateľa:	
Adresa súčasného pobytu žiadateľa, prípadne adresa pre korešpondenciu:	
Telefonický kontakt, e-mail:	
Štátne občianstvo:	
Kontaktná osoba – prosíme uviesť meno a priezvisko, telefonický kontakt, prípadne e-mail:	
Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si táto fyzická osoba vybrala:	
Druh sociálnej služby (vyznačte symbolom „X“): Domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko <input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/>	Forma sociálnej služby (vyznačte symbolom „X“): Celoročná <input type="checkbox"/> Týždenná <input type="checkbox"/> Ambulantná <input type="checkbox"/>
Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby:	
Čas poskytovania sociálnej služby:	
Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, ktoré vydal Bratislavský samosprávny kraj, prípadne iný samosprávny kraj:	
Vydal:	<input type="text"/>
Číslo rozhodnutia / číslo spisu:	<input type="text"/>
Dátum nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia:	<input type="text"/>

Fyzickej osobe, ktorá žiada o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, sa ku dňu podania žiadosti poskytuje sociálna služba v zariadení sociálnych služieb (názov a adresa zariadenia sociálnych služieb; vyplňa sa len v prípade, ak fyzická osoba už má Bratislavským samosprávnym krajom zabezpečené poskytovanie sociálnej služby):

Druh sociálnej služby (vyznačte symbolom „X“):

Forma sociálnej služby (vyznačte symbolom „X“):

1. Domov sociálnych služieb

Celoročná

2. Špecializované zariadenie

Týždenná

3. Rehabilitačné stredisko

Ambulantná

4. Zariadenie podporovaného bývania

Dátum ukončenia poskytovania sociálnej služby:

Zákonný zástupca fyzickej osoby alebo opatrovník fyzickej osoby (vyplňa sa len v prípade, ak má žiadateľ súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony):

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefonický kontakt:

E-mail:

Súhlas s poskytnutím osobných údajov poskytovateľovi sociálnej služby, v ktorom sa bude fyzickej osobe sociálna služba poskytovať a čestné vyhlásenie o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

- A)** Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Bratislavského samosprávneho kraja, Sabinovská 16, 820 05 Bratislava v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vybranému poskytovateľovi sociálnej služby pre účely zabezpečenia sociálnej služby. Súhlas bol udelený dobrovoľne a bez nátlaku a môže byť kedykoľvek odvolaný. *
- B)** Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu u poskytovateľa sociálnej služby. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

V

dňa

vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba, prípadne zákonného zástupcu alebo opatrovníka

* Ak sa domnievate, že spracúvanie osobných údajov je nezákonné, môžete podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky (adresa: Hraničná 12, 820 07 Bratislava, e-mail: statny.dozor@pdp.gov.sk).

POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY - kópie:

- A.** Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
- B.** Posudok o odkázanosti na sociálnu službu.
- C.** Právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) alebo uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka (ak je súdom uznesenie vydané)