

**Žiadosť  
o uzatvorenie zmluvy  
o poskytovaní  
sociálnej služby**

**Zariadenie pre seniorov DD  
Santovka Maďarovská 123  
SANTOVKA 935 87**



**1. Žiadateľ/ka/:**

.....  
Priezvisko

.....  
meno

.....  
Rodné priezvisko

**2. Narodený/á/:**

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Rodné číslo:**

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

.....  
Miesto

.....  
Okres

**3. Trvalé bydlisko:**

PSČ:

--	--	--	--	--

.....  
Adresa, kde sa obvykle zdržiava .....

**4. Občiansky preukaz:**

číslo: ..... platnosť do: .....

**5. Kontakt:**



.....

E-mail: .....

**6. Štátna príslušnosť:**

.....

**Národnosť:**

.....

**7. Rodinný stav:**

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

žije s druhom/s družkou

**8. Ukončené školské vzdelanie:** .....  
**Posledné zamestnanie:** .....  
**Osobné záľuby:** .....

**9. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:**

Druh dôchodku: ..... Výška dôchodku: .....  
Iný príjem (odkiaľ?, aký?, jeho výška) .....  
Hotovosť (u koho?) .....  
Vklady (kde?) .....  
Pohľadávky (u koho?) .....  
Nehnutelný majetok (druh, výmera a kde?) .....  
Životné poisťky (poisťovňa, číslo poisťky) .....  
Zanechal žiadateľ závet?  Áno  Nie U koho je v úschove? Meno a presná adresa:  
.....

**10. Druh sociálnej služby:**  zariadenie pre seniorov  opatrovateľská služba  prepravná služba  
 požičiavanie pomôcok  
 sprostredkovanie osobnej asistencie, odľahčovacia služba

**11. Forma sociálnej služby:**  pobytová  terénna  iná

**12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v domove dôchodcov:**

.....  
.....


**13. Základné informácie o zdravotnom stave žiadateľa:**

Je schopný chôdze bez cudzej pomoci  ÁNO  NIE  
Je pripútaný na lôžko  ÁNO  NIE  
Je schopný sám sa obslúžiť  ÁNO  NIE  ČIASTOČNE  
Inkontinentný(neuadrží moč,stolicu)  ÁNO  NIE  OBČAS  
Je pod dohľadom špecialistu  ÁNO  NIE (ak áno, ktorého)  
(interné, pľúcne, neurologické, psychiatrické, ortopedické, chirurgické, poradňa diabetická, protialkoholická, iné .....)

**14. Doba poskytovania sociálnej služby:**  určitá  neurčitá

**15. Meno a priezvisko manžela/ky, a to i v prípade, že manžel/ka zomrel/a alebo manželstvo bolo rozvedené, u manželky uveďte tiež aj rodné priezvisko.**

**16. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (deti, súrodenci, vnúčatá, zať, nevesta...)**

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Dátum narodenia	Bydlisko	

**17. Zákonný zástupca žiadateľa, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony:**

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

Adresa .....

Právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v ..... o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa ..... číslo .....

### SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV:

.....  
( Meno a priezvisko )

Ako dotknutá osoba v zmysle paragrafu 7 zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov **dávam svoj súhlas** spoločnosti ZpS DD Santovka na spracovávanie mojich osobných údajov na vymedzený účel.


Vymedzený účel : **evidencia žiadosti o poskytnutie starostlivosti vZpS DD Santovka** spracovanie v súlade s osobitnými zákonmi platnými v tejto oblasti

Zoznam osobných údajov : titul, meno a priezvisko(aj predchádzajúce a rodné), rodné číslo, adresa, štátna príslušnosť, vzdelanie, rodinný stav, údaje manželky, údaje detí, údaje zákonného zástupcu

Doba platnosti súhlasu: v súlade s osobitnými zákonmi vymedzujúcimi účel spracovania

.....  
podpis žiadateľ

**18. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa (v prípade prijatia do**

**zariadenia):** Meno a priezvisko: .....  .....

presná adresa .....

**SÚHLAS KONTAKTNEJ OSOBY :**

Vyhlasujem na svoju česť, že :

1. V prípade potreby budem doplácať pre ZpS DD Santovka za pobyt pána/pani:

2. V prípade úmrtia vypravím pohreb na vlastné náklady :

Tieto údaje sú pravdivé a úplné . Som si vedomý/á právnych následkov nepravdivého čestného vyhlásenia, na ktoré ma upozornil overujúci orgán.

V ..... dňa .....

.....  
podpis kontaktnej osoby(vyhlasovateľa)

Overenie:

.....

**19. Želanie žiadateľa pre prípad úmrtia v ZpS DD - spôsob pohrebu:**

Uloženie do zeme. Na cintoríne v .....okres .....

Spoplnenie. Miesto uloženia urny: .....

Náboženské obrady akej cirkvi: ..... Bez náboženských obradov: .....

Pohrebná služba: .....  .....

Na zvláštne želania o spôsobe pohrebu možno prihliadať len pokiaľ bude postarané o úhradu.

**20. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti a som si vedomý/á právnych následkov z uvedenia nepravdivých informácií.

**Súhlasím, aby po zrážke úhrady za služby poskytované v ZpS-DD Santovka môj zostatok dôchodku sa mi vyplácal na osobný účet .**

Dňa .....

.....  
**Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)**

**Ďalej k žiadosti musí byť priložené:**

1. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu (vydáva obec).
2. Rozhodnutie o aktuálnej výške dôchodku.
3. Fotokópia rozhodnutia o pozbavení alebo obmedzení spôsobilosti na právne úkony.
4. Rtg pľúc nie staršie ako 1 mesiac , potvrdenie o bezinfekčnosti nie staršie ako 3 týž.