

ŽIADOSŤ

O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

A

LEKÁRSKY NÁLEZ

| | |
|--|--------------------------------|
| 1. Žiadateľ | |
| meno a priezvisko | |
| rodné priezvisko | |
| 2. Dátum narodenia | |
| č. obč. preukazu | |
| 3. Adresa | |
| trvalého pobytu | |
| PSC | okres |
| telefón | e-mail |
| Prechodný pobyt | |
| 4. Štátne občianstvo | |
| 5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): | |
| slobodný/á | <input type="checkbox"/> ženat |
| ý | <input type="checkbox"/> vydat |
| á | <input type="checkbox"/> rozve |
| dený/á | <input type="checkbox"/> ovdo |
| vený/á | <input type="checkbox"/> |
| Žije s druhom (družkou) | |
| 6. Ak je žiadateľ dôchodca - druh dôchodku | |
| 7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite): | |
| domov sociálnych služieb | |
| <input type="checkbox"/> špeci | |
| alizované zariadenie | <input type="checkbox"/> zaria |
| denie podporovaného bývania | <input type="checkbox"/> reha |
| bilitačné stredisko | <input type="checkbox"/> |
| 8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite): | |
| denný pobyt | |
| týždenný pobyt | |
| celoročný pobyt | |

9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

zákonný zástupca:

meno a priezvisko

adresa PSC

telefón e-mail

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

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa :

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Nitrianskemu samosprávnemu kraju, Štefánikova tr. 69, 949 01 Nitra 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 číslo 428/2002.

Dňa :

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

12. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Dňa :

.....
Pečiatka a podpis lekára