Obecný úrad Láb– referát sociálnych vecí

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**Žiadateľ**

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

Rodné priezvisko /u žien/ .......................................................................................

Dátum narodenia .................................. Rodné číslo .............................................

Štátne občianstvo ................................. číslo občianskeho preukazu......................

**Adresa trvalého pobytu**

Ulica a číslo domu.............................................................................. Láb

PSČ 900 67 Telefón .....................................................................

e-mail .....................................................................................................................

**Prechodný pobyt** ..................................................................................................

**Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):**

Slobodný/á €

Ženatý/vydatá €

Rozvedený/á €

Ovdovený/á €

**Ak je žiadateľ dôchodca:**

Druh dôchodku ......................................... Výška dôchodku .................................

**Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:**

 (hodiace sa zaškrtnite):

Zariadenie pre seniorov €

Zariadenie opatrovateľskej služby €

Denný stacionár €

Nízkoprahové denné centrum

pre deti a rodinu €

Opatrovateľská služba €

**Žiadateľ býva:**

Vo vlastnom dome €

Vo vlastnom byte €

V nájme/podnájme €

Poschodie .......................................................................

Počet obytných miestností .......................................................

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti ........................

**Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

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

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

**Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | **Telefón, e-mailová adresa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Blízke/kontaktné osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Adresa | **Telefón, e-mailová adresa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa:**

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

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

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

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

**Vyhlásenie žiadateľa:**

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

Dňa : ........................... ...............................................................

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**Upozornenie o spracovaní osobných údajov:**

Obec Láb je v zmysle § 94 a § 94a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov oprávnené získavať a spracúvať osobné údaje v rozsahu a na účely podľa § 94a vyššie uvedeného zákona bez súhlasu žiadateľa.

Dňa : ........................... ................................................................

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**Príloha:** Lekársky nález na účely konania

**V prípade fyzickej osoby, ktorá žiada o sociálnu službu a je pozbavená spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko opatrovníka: .............................................................................

Adresa opatrovníka .................................................................................................

Telefón: .............................................. E-mail: .......................................................

+ kópia – právoplatný Rozsudok v mene Slovenskej republiky o ustanovení opatrovníka