**Arcidiecézna charita Košice, Dom pokojnej staroby A.F. Colbrieho, Južbá trieda 2, 040 01 Košice**

**ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

**1.ŽIADATEĽ:**

Priezvisko: ............................................ Meno: ........................................... Titul: ...................................

Rodné priezvisko: ......................................................................................................................................

Dátum narodenia: ....................................................................................................................................

Rodné číslo: ..............................................................................................................................................

Miesto narodenia: ....................................................................................................................................

Štátne občianstvo: ................................................................................... Národnosť: .............................

**2.ADRESA TRVALÉHO POBYTU ŽIADATEĽA:**

Ulica: ....................................................................................................... Číslo domu: ............................

Obec: ....................................................................................................... PSČ: ........................................

**3.ADRESA SÚČASNÉHO POBYTU ŽIADATEĽA( AK NIE JE TOTOŽNÁ S ADRESOU TRVALÉHO POBYTU):**

Ulica: ....................................................................................................... Číslo domu: .............................

Obec: ....................................................................................................... PSČ: .........................................

**4.RODINNÝ STAV:** Slobodný (á)  Ženatý/vydatá 

Rozvedený (á)  Ovdovený(á) 

Žijem s druhom (družkou) 

**5.KONTAKTNÉ ÚDAJE:**

Telefónne číslo: ........................................................................................ E-mail: ....................................

**6.DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

Zariadenie podporovaného bývania  Denný stacionár 

Zariadenie pre seniorov  Opatrovateľská služba 

Zariadenie opatrovateľskej služby  Požičiavanie pomôcok 

Domov sociálnych služieb 

**7.FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

Pobytová  Ambulantná  Terénna 

**8.PREDPOKLADNAÝ DEŇ ZAČATIA POSKTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY**:

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

**9.PREDPOKLADANÝ ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

**..........................................................................................................................................................**

**10.ÚDAJE O PRÍJME ŽIADATEĽA:**

Druh dôchodku: starobný  vdovský/vdovecký  invalidný 

výsluhový  Výška dôchodku: **.......................................................**

Iný príjem: **.........................................................................................................................................**

Výška iného príjmu: **...........................................................................................................................**

Mesačne v EUR: **.................................................................................................................................**

**11.ŽIADATEĽ BÝVA:**

vo vlastnom dome/byte  v podnájme (u príbuzných) osamelo 

**12.SPOLOČNE POSUDZOVANÉ OSOBY:**

Meno a priezvisko vzťah k žiadateľovi bydlisko /kontakt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**13.OSOBY V PRÍBUZENSKOM VZŤAHU SO ŽIADATEĽOM:**

Meno a priezvisko vzťah k žiadateľovi bydlisko/ kontakt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**14.ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA ( V PRÍPADE OBMEDZENIA ALEBO POZBAVENIA SPOSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY)**

Priezvisko: ............................................ Meno: ........................................... Titul: ..................................

Vzťah k záujemcovi: **.........................................................................................................................**

Adresa:

Ulica: ....................................................................................................... Číslo domu: ............................

Obec: ....................................................................................................... PSČ: ........................................

Číslo rozhodnutia súdu: : ......................................................................... Zo dňa: ...................................

**15.KONTAKTNÉ ÚDAJE ZAKONNÉHO ZÁSTUPCU:**

Telefónne číslo: ...................................................................................... E-mail: ....................................

**16.FYZICKÁ OSOBA PODÁVAJÚCA ŽIADOSŤ NAMIESTO ŽIADATEĽA (SPOLUFINANCUJÚCA OSOBA):**

Priezvisko: Meno: Titul:

Vzťah k záujemcovi:

ADRESA:

Ulica: Číslo domu:

Obec: PSČ:

Telefonický kontakt: iný kontakt:

Podľa § 92, ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

***Potvrdenie lekára*** :

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

**Pečiatka a podpis lekára :**

**17.VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU/ OPATROVNÍKA):**

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

Dňa .......................................... ......................................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonný zástupca / opatrovník)

**18.SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM ÚDAJOV:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa ....................................... .......................................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonný zástupca / opatrovník)

**29-ZOZNAM POVINNÝCH PRÍLOH:**

a) Kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu

b) Potvrdenie o príjme (rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške dôchodku, dávka v hmotnej

núdzi...),

c) Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu,

d) Kópia rozhodnutia súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (ak je žiadateľ pozbavený

spôsobilosti na tieto úkony)

e) Vyplnený dotazník