**Arcidiecézna charita Košice, Charitný dom sv. Edity Steinovej vo Vojčiciach, Školská 396, 076 22 Vojčice**

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

**1.ŽIADATEĽ:**

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

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

Dátum narodenia: .................................................................... . 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.PREDPOKLADANÝ DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA 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 

osamelo  u príbuzných 

**12.OSOBY ŽIJÚCE V SPOLOČNEJ DOMÁCNOSTI:**

Meno a priezvisko vzťah k žiadateľovi bydlisko /kontakt

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

**13.BLÍZKE OSOBY(PRÍBUZNÝ V PRIAMOM RADE, SÚRODENEC, MANEŽEL, INÉ OSOBY V POMERE RODINNOM ALEBO OBDOBNOM ):**

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: .......................................................................................

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

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

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

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

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

ADRESA:

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

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

Telefonický kontakt: ................................................................ E-mail: ...................................................................................

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 :**

**16.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)

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

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a 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)

**18. 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