

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI OBČANA NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Meno _____ Priezvisko _____
Dátum narodenia _____ Rodné číslo _____
Rodinný stav _____ Štátne občianstvo _____
Trvalý pobyt _____
Číslo OP _____ Číslo telefónu _____
Poberateľ dôchodku _____ Druh dôchodku _____

Výber sociálnej služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

VÝBER SOCIÁLNEJ SLUŽBY

DRUH

Opatrovateľská služba

Zariadenie pre seniorov

Odľahčovacia služba

FORMA

Ambulantná

Pobytová

Terénna

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

V zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov dávam svojim podpisom písomný súhlas na využívanie mojich osobných údajov uvedených na žiadosti na účely poskytnutia sociálnej pomoci. Údaje budú archivované 60 rokov.

V Hlohovci, dňa _____

_____ podpis

Príloha

Lekársky nález na účely konania o sociálnej službe