



NITRIANSKY  
SAMOSPRÁVNÝ  
KRAJ

pečiatka

## Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby

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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

<b>Meno a priezvisko (aj rodné ) fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	
<b>Miesto narodenia:</b>	
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>	
<b>Adresa pre korešpondenciu:</b>	
<b>Štátne občianstvo:</b>	
<b>Rodinný stav:</b>	
<b>Kontaktná osoba:</b>	
<b>Telefónne číslo:</b>	
<b>mail:</b>	
<b>Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:</b> (druh vyznačte symbolom „X“)	<b>Forma sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:</b> (formu vyznačte symbolom „X“)
domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/>	celoročná <input type="checkbox"/>
špecializované zariadenie <input type="checkbox"/>	
rehabilitačné stredisko <input type="checkbox"/>	
<b>Deň začatia a čas poskytovania sociálnej služby:</b>	
Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby	<input type="text"/>
čas poskytovania sociálnej služby	určitý do: <input type="text"/>
	neurčitý

**Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na poskytovanie požadovanej sociálnej služby:**

Číslo

Vydal/dňa

**Príjmové a majetkové pomery fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:**

dôchodok(druh)	výška dôchodku
iný príjem (odkiaľ, aký?)	výška iného príjmu

**Doklady o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie):**

Vyhlasujem na svoju česť, že vlastným / nevlastným\* majetok\*\* v hodnote presahujúcej 10 000 eur. Uvedené údaje sú pravdivé a úplné, som si vedomá / vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia, ktoré vyplývajú z príslušných právnych predpisov.

V ..... dňa .....

.....  
**Podpis fyzickej osoby**

.....  
**Podpis úradne osvedčil**

**Za majetok sa nepovažujú**

- nehnutelnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie, \*\*\*
- nehnutelnosť, ktorú užívajú na trvalé bývanie
  - manžel (manželka) prijímateľa sociálnej služby,
  - deti prijímateľa sociálnej služby,
  - rodičia prijímateľa sociálnej služby,
  - iná fyzická osoba na základe práva zodpovedajúceho vecnému bremenu,
- poľnohospodárska pôda a lesná pôda, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva pre svoju potrebu,
- garáž, ktorú prijímateľ sociálnej služby preukázateľne užíva,
- hnutelné veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, hnutelné veci, ktorými sú ošatenie a obuv a hnutelné veci, na ktoré sa poskytla jednorazová dávka v hmotnej núdzi alebo peňažný príspevok na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia,
- osobné motorové vozidlo, ktoré sa využíva na individuálnu prepravu z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia,
- hnutelné veci, ak by bol ich predaj alebo iné nakladanie v rozpore s dobrými mravmi.

\* Nehodiace sa prečiarknuť,

\*\* Za majetok sa **považujú** nehnuteľné veci a hnutelné veci vrátane peňažných úspor, a ak to ich povaha pripúšťa, aj práva a iné majetkové hodnoty. Za hodnotu majetku je možné považovať len podiel majetku pripadajúci na prijímateľa sociálnej služby a osoby uvedené v § 73 ods. 10 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon o sociálnych službách).

\*\*\* Na účely platenia úhrady za celoročnú pobytovú sociálnu službu uvedenú v § 34, 35, 38 a 39 sa prihliada aj na nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie pred začatím poskytovania sociálnej služby.

**Fyzickej osobe, ktorá žiada o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, je ku dňu podania žiadosti poskytovaná sociálna služba:** (vyznačte symbolom „X“ jednu z možností)

A. v zariadení sociálnych služieb

1.) pobytovou formou

B. opatrovateľská služba

2.) ambulatnou formou

C. nie je poskytovaná žiadna sociálna služba

Komu sa má podať správa o vážnom ochorení, alebo úmrtí žiadateľa: meno, priezvisko, adresa, telefón

Meno a presná adresa osoby (inštitúcie), ktorá má vybaviť pohreb:

Želanie žiadateľa v prípade úmrtia v ZSS o **spôsobe pohrebu a miesta uloženia** (uloženie do zeme, kremácia, cirkevný obrad - katolícky, evanjelický, ..... ) \* hodiace podčiarknuť a dopísať miesto uloženia:

**Zákonný zástupca fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba, ak nie je spôsobilá na právne úkony:**

**Meno a priezvisko:**

**Adresa:**

**Tel. kontakt:**

Poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

**Čestné vyhlásenia žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**

**Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu) :**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á tohto, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu v ZSS. Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v zariadení sociálnych služieb.

**Súhlas dotknutej osoby so získavaním, spracovaním, poskytovaním, uchovávaním a likvidáciou osobných údajov**

V zmysle § 11 ods.4 a § 15 ods.6 zák.č.122/2013 Z. z. v platnom znení o ochrane osobných údajov, ako dotknutá osoba dávam slobodne, výslovne, zrozumiteľne a vedome súhlas, aby „VEK NÁDEJE“, Zariadenie sociálnych služieb Nové Zámky, Šoltésovej č. 2, 940 59 Nové Zámky spracovával, poskytoval, uchovával a likvidoval moje osobné údaje a získaval moje osobné údaje kopírovaním a skenovaním.

Poskytnutie osobných údajov je dobrovoľné a bez dôsledkov s tým, že osobné údaje budú spracovávané na :

Účel : Vedenie agendy súvisiacej s poradením čakaťel'ov na sociálne služby

Zoznam osobných údajov:

- meno, priezvisko, titul (aj predchádzajúce a rodné ) žiadateľa, dátum narodenia, miesto narodenia, číslo štátne občianstvo, adresa, kontakt na inú osobu ( deti, rodinní príslušníci ),majetkové pomery, rodinný stav, druh dôchodku, zdravotný stav, druh sociálnej služby, poradové číslo, dátum prijatia žiadosti, rozhodnutie o zaradení do poradovníka – číslo rozhodnutia, dátum vydania rozhodnutia – prevzaté a právoplatné, výzva na nástup, nástup do zariadenia, zastavené konanie, poznámky – zomrel alebo vzal návrh na konanie späť,  
- kopírovanie a skenovanie úradných dokladov ( rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu z Vyššieho územného celku, posudok o odkázanosti na sociálnu službu z VÚC, výmer o druhu a výške dôchodku, súdne rozhodnutie v prípade zbavenia svojprávnosti, splnomocnenie, rozhodnutia o sociálnej dávke)

Čas platnosti súhlasu :

- do doby nástupu do zariadenia a po jeho skončení po dobu povinného uchovania osobných údajov

v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a Registratúrneho poriadku a plánu prevádzkovateľa.

Ako dotknutá osoba dávam prevádzkovateľovi súhlas, aby mohol poskytnúť príslušné osobné údaje v súlade s § 12 ods.2 zákona tretej osobe (Ústredie Sociálnej poisťovne, ÚPSVaR, MPSVaR, ÚNSK, Štatistický úrad, exekútorské úrady a súdy SR) za účelom plnenia práv a povinností vyplývajúcich z príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných predpisov a pokynov.

Ako dotknutá osoba sa zaväzujem priebežne aktualizovať svoje osobné údaje, aby mohol prevádzkovateľ spracúvať osobné údaje v súlade s § 6 ods.2 písm. f) zákona.

Prevádzkovateľ zaručuje dotknutej osobe, že súhlas daný za základe tohto dokumentu je možné kedykoľvek písomne odvolať.

Prevádzkovateľ uchovanie a likvidáciu osobných údajov v zmysle § 6 ods.2 písm. h) v spojitosti s § 17 zákona bude realizovať v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a platným Registratúrnym poriadkom.

V

dňa

vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať  
sociálna služba (zákonného zástupcu)

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

1. Potvrdenie o príjme
2. Kópia rozhodnutia a posudku o odkázanosti na poskytovanie **požadovaného druhu** sociálnej služby vydaného VÚC **s vyznačením právoplatnosti.**

**Pred nástupom je potrebné doložiť:**

1. Výsledky lekárskeho vyšetrení (RTG pľúc, výter TT, TN,TR, serologické vyšetrenie krvi – Chlamýdia pneumoriae, Mycoplasma pneumoniae, Bordatella Pertussis, CRP, HBsAg, HIV, RPR, TPPA, psychiatrické alebo neurologické vyšetrenie ) – nie staršie ako 1 mesiac
2. Potvrdenie o bezinfekčnosti (nie staršie ako 3 dni)