****

##### ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY

**1.ŽIADATEĽ (dospelá fyzická osoba, dieťa):**

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: Email:

**6.DRUH AMBULANTNEJ FORMY SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

Rehabilitačné stredisko 

Domov sociálnych služieb 

Denný stacionár 

**7. MIESTO POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

**8.PREDPOKLADANÝ DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

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

**10. DÔVOD POTREBY SOCIÁLNEJ SLUŽBY: Zdravotná poisťovňa:**

Odkázanosť na pomoc inej osoby  VšZP  Union: 

Iné vážne dôvody:  Dôvera 

**11.ÚDAJE O PRÍJME ŽIADATEĽA:**

Druh dôchodku: starobný  vdovský/vdovecký  invalidný  výsluhový 

Výška dôchodku:

Iný príjem:

Výška iného príjmu (spoluposudzovanej osoby): Mesačne v EUR:

**12.ŽIADATEĽ BÝVA:**

vo vlastnom dome/byte  v podnájme 

osamelo  u príbuzných 

**13.OSOBY ŽIJÚCE V SPOLOČNEJ DOMÁCNOSTI, BLÍZKE OSOBY (PRÍBUZNÝ V PRIAMOM RADE, SÚRODENEC, MANŽEL, INÉ OSOBY V POMERE RODINNOM ALEBO OBDOBNOM):**

Meno a priezvisko vzťah k žiadateľovi bydlisko /kontakt

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

14.ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA, OPATROVNÍK ŽIADATEĽA, (V PRÍPADE OBMEDZENIA ALEBO POZBAVENIA SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY):

Priezvisko: Meno Titul:

Vzťah k záujemcovi: Dátum narodenia:

Adresa:

Ulica: Číslo domu:

Obec: . PSČ:

Telefónne číslo: Email:

Číslo rozhodnutia súdu: : Zo dňa:

15.FYZICKÁ OSOBA PODÁVAJÚCA ŽIADOSŤ NAMIESTO ŽIADATEĽA, OPRÁVNENÁ OSOBA:

Priezvisko: Meno: Titul:

Vzťah k záujemcovi: Dátum narodenia:

ADRESA:

Ulica: Číslo domu:

Obec: PSČ:

Telefónne číslo : Email:

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.

**16.VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU/ OPATROVNÍKA/INEJ OSOBY):**

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)

K žiadosti doložiť:

1. Právoplatné **Rozhodnutie odkázanosti s vyznačenou právoplatnosťou** na príslušný druh sociálnej služby a **Sociálny posudok**.
2. **Potvrdenie o príjme** prijímateľa a spoluposudzovaných osôb.
3. **Doklady o majetkových pomeroch** záujemcu, ktorému sa má poskytovať sociálna služba a osôb, ktorých príjmy sa s ním spoločne posudzujú a spoločne započítavajú (**vyhlásenie o príjme a majetku úradne osvedčené).**
4. **Potvrdenie** od lekára (v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení) ak žiadosť podáva a podpisovať bude iná osoba alebo **Rozhodnutie zo súdu** (ak zmluvu bude podpisovať opatrovník)