|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Žiadosť**  **o uzatvorenie zmluvy**  **o poskytovaní sociálnej služby** | **DOMOV Lienka Levice**  **Vajanského ul. 2382/5**  **934 01 Levice** |
| **1. Žiadateľ/ka/:**  ....................................................................................................................................................................  Priezvisko Meno Rodné priezvisko | | |
| **2. Narodený/á/:**  .......................................................................  **Rodné číslo:** Miesto  .......................................................................  Okres | | |
| **3. Trvalé bydlisko:** PSČ:  .......................................................................................................................... | | |
| **4. Občiansky preukaz:**  číslo: .................................................... platnosť do: .................................... | | |
| **5. Kontakt:**   .......................................... E-mail: ............................................................... | | |
| **6. Štátna príslušnosť:** .......................................................  **Národnosť:**  ....................................................... | | |
| 1. **Rodinný stav:**    * slobodný/á □ ženatý □ vydatá    * rozvedený/á □ ovdovený/á □ žije s druhom/s družkou | | |
| **8. Ukončené školské vzdelanie:** ............................................................................................. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Posledné zamestnanie:** (nie dôchodca)............................................................................................  **Osobné záľuby:** .............................................................................................................................. |
| **9. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:**  Druh dôchodku: ................................................. Výška dôchodku: .............................................  Iný príjem (odkiaľ?, aký?, jeho výška) .............................................................................................  Hotovosť (u koho?) ............................................................................................................................  Vklady (kde?) .....................................................................................................................................  Pohľadávky (u koho?) .........................................................................................................................  Nehnuteľný majetok (druh, výmera a kde?) .......................................................................................  Životné poistky (poisťovňa, číslo poistky) .........................................................................................  Zanechal žiadateľ závet? □ Áno □ Nie U koho je v úschove? Meno a presná adresa:  .............................................................................................................................................................. |
| 1. **Druh sociálnej služby:** špecializované zariadenie |
| **11. Forma sociálnej služby:** □ pobytová |
| **12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení:**  .................................................................................................................................................................... |
| **13. Základné informácie o zdravotnom stave žiadateľa:** Poisťovňa ..................................  Je schopný chôdze bez cudzej pomoci □ ÁNO □ NIE  Je pripútaný na lôžko □ ÁNO □ NIE  Je schopný sám sa obslúžiť □ ÁNO □ NIE □ ČIASTOČNE  Inkontinentný (neudrží moč, stolicu) □ ÁNO □ NIE □ OBČAS  Je pod dohľadom špecialistu □ ÁNO □ NIE (ak áno, ktorého)  (interné, pľúcne, neurologické, psychiatrické, ortopedické, chirurgické, poradňa diabetická, protialkoholická, iné  ) |
| **14. Doba poskytovania sociálnej služby:** □ určitá □ neurčitá |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15. Meno a priezvisko manžela/ky, a to i v prípade, že manžel/ka zomrel/a alebo manželstvo bolo rozvedené, u manželky uveďte tiež aj rodné priezvisko.**  .................................................................................................................................................................... | | | | | | |
| **16. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom** (deti, súrodenci, vnúčatá, zať, nevesta...) | | | | | | |
|  | Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Dátum narodenia | Bydlisko |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **17. Zákonný zástupca žiadateľa, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony:**  Meno a priezvisko..................................................  ..............................................  Adresa ............................................................................................................................................  Právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v o zbavení  spôsobilosti na právne úkony zo dňa .............................. číslo ........................................................ | | | | | | |
| **SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV:**  ......................................................................................................................................  ( Meno a priezvisko )  Ako dotknutá osoba v zmysle GDPR a § 6-12 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov **dávam svoj súhlas** zariadeniu DOMOV Lienka Levice so spracúvaním mojich osobných údajov na vymedzený účel. **Vymedzený účel:** evidencia a spracovanie Žiadosti o poskytovaní sociálnej služby v zariadení DOMOV Lienka Levice a patričnej následnej dokumentácie v súlade s osobitnými zákonmi platnými v tejto oblasti.  **Zoznam osobných údajov:** titul, meno, priezvisko (aj predchádzajúce a rodné), rodné číslo, adresa, štátna príslušnosť, vzdelanie, rodinný stav, údaje manželky, údaje detí, údaje zákonného zástupcu....  **Doba platnosti súhlasu:** v súlade s osobitnými zákonmi vymedzujúcimi účel spracovania na neurčito.  ....................................................  podpis žiadateľa- dotknutej osoby | | | | | | |

|  |
| --- |
| **18.Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa (v prípade prijatia do zariadenia):** Meno a priezvisko: ......................................................  ..................................  presná adresa ................................................................................................................................  **SÚHLAS KONTAKTNEJ OSOBY :**  Vyhlasujem na svoju česť, že :  1.V prípade potreby budem doplácať v zariadení DOMOV Lienka Levice za pobyt pána/pani:  2.V prípade úmrtia vypravím pohreb na vlastné náklady :  Tieto údaje sú pravdivé a úplné. Som si vedomý/á právnych následkov nepravdivého čestného vyhlásenia, na ktoré ma upozornil overujúci orgán.  V ....................... dňa ......................  ....................................................  podpis kontaktnej osoby(vyhlasovateľa)  Overenie: |
| **19. Želanie žiadateľa pre prípad úmrtia v zariadení** DOMOV Lienka Levice **- s**pôsob pohrebu: Uloženie do zeme. Na cintoríne v ...................................................okres ...........................................  Spopolnenie. Miesto uloženia urny: ....................................................................................................  Náboženské obrady akej cirkvi: ...................................................... Bez náboženský obradov: .........  Pohrebná služba: .............................................................................  ............................................  **Na zvláštne želania o spôsobe pohrebu možno prihliadať len pokiaľ bude postarané o úhradu.** |

|  |
| --- |
| **20. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):**  Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti a som si vedomý/á právnych následkov z uvedenia nepravdivých informácií.  Dňa ............................... ....................................................................  **Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)** |
| **Ďalej k žiadosti musí byť priložené:**   1. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu. 2. Rozhodnutie o aktuálnej výške dôchodku. 3. Fotokópia rozhodnutia o pozbavení alebo obmedzení spôsobilosti na právne úkony. 4. Rtg pľúc nie staršie ako 1 mesiac, potvrdenie o bezinfekčnosti nie staršie ako 3 týždne. |