**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.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Meno a priezvisko**   fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba |  |
| 1. **Dátum narodenia** |  |
| 1. **Adresa trvalého pobytu** |  |
| 1. **Adresa súčasného pobytu** žiadateľa, telef. kontakt, e-mail |  |
| 1. **Štátne občianstvo** |  |
| 1. **Kontaktná osoba** (priezvisko, tel. kontakt, e-mail) |  |
| 1. **Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby**, ktoré si vybrala fyzická osoba v bode 1 |  |
| 1. **Druh sociálnej služby**, ktorá sa má poskytovať fyzickej osobe uvedenej v bode 1. |  |
| 1. **Forma sociálnej služby** |  |
| 1. **Rozsah poskytovania sociálnej služby v prípade ambulantných foriem** (uviesť počet hodín sociálnej služby za deň) |  |
| 1. **Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby** |  |
| 1. **Čas poskytovania sociálnej služby** (neurčitý, určitý) |  |
| 1. **Rozhodnutie samosprávneho kraja**   Číslo rozhodnutia  Dátum právoplatnosti rozhodnutia |  |
| 1. **Zoznam príloh** | 1. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu 2. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu 3. Doklad súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) a o ustanovení opatrovníka |

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

V ............................................ dňa ..........................

.....................................................................................

Podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo inej osoby v zmysle plnej moci)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Vaše osobné údaje a údaje zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo inej osoby v zmysle plnej moci spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: <https://www.unsk.sk/zobraz/gdpr> .

V ............................................ dňa ..........................

.....................................................................................

Podpis žiadateľa

resp. zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby (ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať), alebo inej osoby v zmysle plnej moci

2