



Centrum sociálnych služieb  
Brezovec  
Martina Hattalu 2161/3  
pracovisko Matúškova  
Dolný Kubín

## Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Došlo dňa, pečiatka podateľne:

### 1. Žiadateľ

Meno:

priezvisko:

rod. priezvisko/ženy:

Rodinný stav:

### 2. Číslo OP :

platnosť OP do :

### 3. Narodený(á)

deň, mesiac, rok .....

miesto narodenia

okres narodenia

### 4. Trvalé bydlisko

ulica, číslo

obec

okres

PSC

**Poznámka: toho času na adrese:**

### 5. Štátne občianstvo:

**Národnosť:**

### 6. Vzdelanie:

**Posledné zamestnanie:**

### 7. Druh sociálnej služby:

Domov sociálnych služieb

### 8. Forma sociálnej služby:

pobytová týždenná

ambulantná

### 9. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

### 10. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby: na dobu:

- určitú

od

do

- neurčitú

### 11. Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu:

zo dňa:

<b>12. Príjem žiadateľa:</b> (mesačne v EUR)	Od koho, platiteľ
uved'te všetky druhy dôchodku,	
<b>13. Majetok žiadateľa – treba doložiť vyhlásenie o majetku s overeným podpisom u notára</b>	
Hotovosť (u koho?)	
Vklady (u koho )	
Pohľadávky (u koho?)	
Nehnutelný majetok druh, výmera a kde?	
životné poisťky (poisťovňa a číslo poisťky)	
<b>14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):</b>	
Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, 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 ZSS (ZPS, DSS, ŠZ)	
Dňa: vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)	
<b>15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním údajov</b>	
Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.	
Dňa: vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)	
<b>19. Potvrdenie lekára (nehodiace sa preškrtnite)</b>	
1. Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb.	
2. Žiadateľ sa zo zdravotných dôvodov (pre ochorenie) nemôže vlastnoručne podpísať.	
Dátum:	
Pečiatka a podpis lekára:	

**Zoznam príloh:**

- ✓ právoplatné **rozhodnutie** o odkázanosti na sociálnu službu ,
  - ✓ **posudok** o odkázanosti na sociálnu službu
  - ✓ rozhodnutie o výške dôchodku (aktuálne - najnovšie)
  - ✓ **doklad o príjme** osoby žijúcej v spoločnej domácnosti so žiadateľom (manžel(ka))
  - ✓ doklady **o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie)** s overeným podpisom
  - ✓ doklad preukazujúci skutočnosť zbavenia spôsobilosti na právne úkony (**rozhodnutie súdu**) a doklad (**listina**) o ustanovení opatrovníka, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony
- iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy
- ✓ **zdravotná dokumentácia** ( k nahliadnutiu )
  - ✓ fotokópia lekárskeho nálezu