Mesto Šaštín-Stráže

Mestský úrad Šaštín-Stráže

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti**

**za účelom poskytnutia sociálnej služby**

|  |
| --- |
| 1. **Žiadateľ** |
|  Meno a priezvisko: .............................................................................................................. |
|  Rodné priezvisko (u žien): ................................................................................................... |
| 2. Dátum narodenia: ................................................................................................................ |
|   Adresa trvalého pobytu: ...................................................................................................... |
| 3. Bydlisko: ..................................................................................... PSČ: .............................. |
|  Telefón: ............................................ E-mail: ....................................................................... |
| 4. Štátne občianstvo: ................................................................................................................. |
| 5. Rodinný stav (*hodiace sa zaškrtnite*): • slobodný (á) • ženatý • vydatá • rozvedený (á) • ovdovený (á)Žijem s druhom (s družkou): .................................................................................................... |
| 6. Životné povolanie: ................................................................................................................ Osobné záujmy žiadateľa: ................................................................................................... |
| 7. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku ............................................................................ |
| 8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (*hodiace sa zaškrtnite):* • opatrovateľská služba • zariadenie pre seniorov • denný stacionár • zariadenie sociálnych služieb • poskytovanie sociálnej služby v jedálni |
| 9. Forma sociálnej služby (*hodiace sa zaškrtnite*): • terénna • celoročný pobyt • denný pobyt |
| 10. Žiadateľ býva (*hodiace sa zaškrtnite*): • vo vlastnom dome • vo vlastnom byte • v podnájme • počet obytných miestností .......... • počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .......... |
| 11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby: .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................... |
| 12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: |
|  Meno a priezvisko Príbuzenský vzťah Rok narodenia |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti: |
|  Meno a priezvisko Príbuzenský vzťah Rok narodenia |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa: ................................................................................................................................................... |
| 15. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony: Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ............................................................................. Adresa zákonného zástupcu: ................................................................................................. Telefón: ............................................ E-mail: ....................................................................... |
| 16. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu  bola poskytovaná iná sociálna služba? • áno v ktorom ........................................................................................................... • nie Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby: ........................................................................................................................................ |
| 17. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený? .................................................................................................................................................... |
| 18. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).  Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý (á) právnych  následkov uvedenia nepravdivých údajov. Dňa ........................................ .................................................. čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |
| 19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Šaštín-Stráže, Alej 549,  908 41 Šaštín-Stráže podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení  niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia  odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so  spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek  odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002.Dňa ........................................ .................................................. čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |