

Mestský úrad Svidník  
odbor sociálny, zdravotný,  
podnikateľskej činnosti a obchodu  
Sovietskych hrdinov 200/33  
089 01 Svidník

Pečiatka podateľne:

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

<b>Žiadateľ</b> Meno a priezvisko .....		
Rodné priezvisko .....		Rodinný stav .....
Dátum narodenia .....		Štátne občianstvo.....
Bydlisko .....		Telefón .....
Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená /podčiarknuť/: opatrovateľská služba zariadenie pre seniorov denný stacionár, zariadenie opatrovať služby, prepravná služba		
Žiadateľ býva /podčiarknuť/: vo vlastnom dome      vo vlastnom byte      v podnájme      počet izieb .....		
<b>Osoby žijúce v spoločnej domácnosti:</b>		
Meno a priezvisko	príbuzenský pomer	rok narodenia
<b>Príbuzné osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti /manžel/ka, rodičia, deti/:</b>		
Meno a priezvisko	príbuzenský pomer	rok narodenia
<b>Zdôvodnenie žiadosti:</b>		

**V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Zákonný zástupca:

Meno a priezvisko .....

Adresa ..... Telefón .....

**Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?**

Áno V ktorom .....

Nie

Prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel:

.....

**V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

.....

**Vyhlásenie žiadateľa:**

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

Dňa : .....

.....  
podpis žiadateľa /zákonného  
zástupcu alebo rod. príslušníka/

**Súhlas so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Svidník, ul. Sov. hrdinov 200/33, 089 01 Svidník, podľa zákona č. 428/2002 Z.z o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, uvedených v tejto žiadosti za účelom 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 Z.z. .

Dňa: .....

.....  
podpis žiadateľa /zákonného  
zástupcu alebo rod. príslušníka/

-----  
**Potvrdenie ÚPSVaR ,že je , nie je na Vás poberaný príspevok na opatrovanie a osobnú asistenciu**

.....  
podpis žiadateľa /zákonného  
zástupcu alebo rod. príslušníka/