|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\socialna\Desktop\92sk_1.jpg  **Zariadenie pre seniorov Komárno, Špitálska 16,**  **94501 Komárno** | **Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby** | Odtlačok pečiatky dátumu prijatia |

|  |
| --- |
| **ŽIADATEĽ**  Meno a priezvisko, titul: ...............................................................  Rodné priezvisko: ......................................................................... |
| Dátum narodenia: ....................................... Miesto narodenia:........................................ Štát: ........................  Trvalý pobyt: ...................................................................................................................... PSČ: ........................  Prechodný pobyt: .............................................................................................................. PSČ: ......................... |
| Tel. kontakt/mobil: ....................................................... E-mail: ........................................ @.............................  Adresa poštového kontaktu: ............................................................................................. PSČ: ......................... |
| Štátne občianstvo: ................................................. |
| Rodinný stav:   * slobodný/á * ženatý/ vydatá * rozvedený/ná * ovdovený/ná * žijem s druhom/družkou: ...................................................................................................................... |
| Ukončené najvyššie vzdelanie: ..................................................Životné povolanie: .......................................... |
| Druh dôchodku: ................................................................................................................................................... |
| Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu /Splnomocnenej osoby na základe generálnej plnej moci a pod. /  .................................................................................................................... zo dňa: ...............................,  Ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony - právoplatné rozhodnutie Okresného súdu  v .........................................., právoplatné dňa ............................., č. ..................................................... . |

|  |
| --- |
| Čas poskytovania sociálnej služby: **na dobu neurčitú** |
| Názov zariadenia sociálnych služieb, kde je žiadateľ už prijímateľom sociálnej služby: .................................................................................................. |
| K žiadosti je potrebné doložiť:   * **Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu -** vydáva mesto, obec , kde má žiadateľ trvalý pobyt   **Poznámka:** v Komárne OŠSVKaŠ odd.soc.vecí, Pevnostný rad č.3, prízemie  zo Sociálnej poisťovne- originál:   * **Rozhodnutie o dôchodku zo Soc.poisťovne -** platné od 01.januára daného roka * **Potvrdenie o príjme ( výšky dôchodku) za predchádzajúci kalendárny mesiac** * za kalendárny mesiac predchádzajúci kalendárnemu mesiacu, v ktorom sa sociálna služba začne poskytovať * **ak ide o nepravidelný príjem -**  **Potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok**,   a to mesačne  s úradne overeným podpisom:   * **Vyhlásenie žiadateľa o jeho majetkových pomeroch** * **Prehlásenie o vyrovnaní úhrad resp. nedoplatkov za poskytované služby v ZpS KN** |
| Vyhlásenie žiadateľa / zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka/  Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/má právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.  Dňa: ........................................................ ......................................................................................  čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby alebo uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť alebo uzatvoriť zmluvu aj iná fyzická osoba.  ***Ustanovenie § 92 ods. 6 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.*** |

**SÚHLAS so SPRACÚVANÍm osobnÝch údajov**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko žiadateľa |  |
| Dátum narodenia |  |
| Bydlisko |  |
| Zástupca (napr. opatrovník) |  |

|  |
| --- |
| **žiadateľ** o umiestnenie do zariadenia poskytovateľa sociálnych služieb (Zariadenie pre seniorov Komárno, so sídlom Špitálska 16, 94501 Komárno, ďalej len ZpS),alebo jeho zástupca, podpisom tohto dokumentu **berie na vedomie a súhlasí s tým,**  že pri vybavovaní jeho žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby **dochádza ku** **spracúvaniu jeho osobných údajov**, ktoré v žiadosti uviedol, a tov rozsahu nevyhnutnom k vybaveniu žiadosti po dobu čakania na nástup do ZpS.  **Zákonnosť spracúvania**  Spracúvanie je vykonávané na základe plnenia zákonných povinností ZpS a na základe nevyhnutnosti takéhoto spracúvania na splnenie úloh vo verejnom záujme, teda zabezpečenia poskytovania sociálnych služieb.  **Príjemcom osobných údajov** je len poverený pracovník, ktorý vedie evidenciu žiadostí o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.  **Povinnosť poskytnúť osobné údaje**  Žiadateľ, alebo jeho zástupca, je uzrozumený s tým, že pokiaľ by so spracúvaním osobných údajov vo vyššie uvedenom rozsahu nesúhlasil, konanie o žiadosti by nemohlo prebehnúť a so žiadateľom by tak nemohla byť uzatvorená zmluva o poskytovaní sociálnej služby. V tomto zmysle je teda poskytnutie osobných údajov povinné.  **Práva žiadateľa súvisiace so spracúvaním**   má právo žiadať o informácie o kategóriách spracúvaných osobných údajov, účele, dobe a povahe spracúvania a o príjemcoch osobných údajov;   má právo požiadať o poskytnutie kópie spracúvaných osobných údajov;   má právo požiadať pri naplnení podmienok stanovených relevantnými právnymi predpismi, aby boli osobné údaje opravené, doplnené alebo vymazané, prípadne ich spracúvanie obmedzené;   má právo namietať voči spracúvaniu osobných údajov a právo podať sťažnosť dozornému orgánu (začať konanie na Úrade na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky);   má právo byť informovaný o prípadoch porušenia ochrany osobných údajov a to vtedy, pokiaľ je pravdepodobné, že daný prípad porušenia povedie k vysokému riziku pre jeho práva a slobody.  **Zodpovednou osobou** bol menovaný: Mgr. Csík Zoltán, ITAK s.r.o., môžete ho kontaktovať prostredníctvom emailu: [itaksro@gmail.com](mailto:itaksro@gmail.com) |
| **Vyhlásenia žiadateľa alebo jeho zástupcu**  Vyhlasujem, že som uvedeným informáciám úplne porozumel a **považujem** **poučenie mojej osoby za dostatočné**.  V prípade, že tento dokument podpisujem v zastúpení žiadateľa, **vyhlasujem**, že s jeho obsahom a dôsledkami pre jeho práva a povinnosti bolprimeraným spôsobom, teda jasne, zrozumiteľne a za použitia jednoduchých jazykových prostriedkov, **oboznámený aj samotný žiadateľ**.  V Komárne, dňa ..............................  .................................................  Podpis žiadateľa (zástupcu) |

**ÚDAJE O PRÍBUZNÝCH**

**Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti:**

(manžel/ka, deti, iní)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Adresa | Príbuzenský vzťah | Dátum narodenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Príbuzní žiadateľa/ky, ktorí žijú mimo spoločnej domácnosti:**

( uviesť všetky deti, v prípade úmrtia ich potomkov- vnúčatá žiadateľa/ky)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Adresa | Príbuzenský vzťah | Dátum narodenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Hlavný kontakt na príbuzného:**  **Meno, priezvisko: .............................................................................**   * číslo mobilu/telefón: ........................................................................ * E-mail: ...................................................@........................................   **Prajem si určiť dôverníka**:  (Zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách § 6 ods. 3), písm.d.   * áno * nie |
| Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo na osobnú asistenciu v zmysle zákona č.447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny? (hodiace sa označte X):   * áno * nie |
| V prípade potreby ďalších informácií ohľadne Vašej žiadosti kontaktujte prosím ZpS Komárno, Špitálska č. 16, **na tel. čísle 035/ 7731 743**,  **sociálnu pracovníčku prvého kontaktu**, resp.  na email: [kontakt@zpskomarno.sk](mailto:kontakt@zpskomarno.sk) |