

ZARIADENIE PRE SENIOROV KOMÁRNO

Ul. Špitálska 16
945 05 Komárno 5

Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Žiadateľ:	
Meno a priezvisko	
Rodné priezvisko (u žien)	
Dátum narodenia	Miesto narodenia:
Trvalý pobyt	PSČ:
Prechodný pobyt	PSČ:
Telefón	E-mail:
Adresa pre poštový kontakt:	
Štátne občianstvo: národnosť:	
Vierovyznanie:	
Rodinný stav (<i>hodiace sa zaškrtnite</i>)	
slobodný(á)	<input type="checkbox"/>
ženatý	<input type="checkbox"/>
vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený(á)	<input type="checkbox"/>
ovdovený(á)	<input type="checkbox"/>
Žijem s druhom (s družkou)	
Životné povolanie	
Osobné záujmy žiadateľa	
Druh dôchodku	
Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu:	
ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony – právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa	
č.	

Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby (uvedte dátum).....

Čas poskytovania sociálnej služby

na dobu neurčitú

Názov zariadenia sociálnych služieb (okrem ZpS Špitálska 16, Komárno), v ktorom má žiadateľ podanú žiadosť:

K žiadosti je potrebné doložiť:

- Rozhodnutie o dôchodku - december 2016
- Potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok 2016-mesačne, SP č.o.9
- Čestné vyhlásenie o majetkových pomeroch
- Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu -obec, mesto
- Prehlásenie o vyrovnaní úhrad resp. nedoplatkov v ZpS

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)

SÚHLAS

dotknutej osoby s vyhotovením kópie jej úradného dokladu

Obchodný názov, prevádzkovateľa: **Zariadenie pre seniorov**
Právna forma: **Rozpočtová organizácia**
Sídlo: **Špitálska 16, 945 05 Komárno**
Identifikačné číslo prevádzkovateľa: **00 352 489**
Dotknutá osoba:

.....
(titul, meno, priezvisko)

Ako dolu podpísaná dotknutá osoba

týmto *súhlasím / nesúhlasím (*nehodiace sa škrtnite), aby prevádzkovateľ spracúval kópiu môjho úradného dokladu, ktorým je: *rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní príslušného (starobného, vdovského, vdoveckého) dôchodku.*

Účelom spracúvania je: *register došlých žiadostí o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní služieb v zmysle zákona č. 448/2008 z.z. o sociálnych službách.*

Zoznam spracúvaných osobných údajov: *v plnom rozsahu obsiahnutom v rozhodnutí Sociálnej poisťovne (meno, priezvisko, adresa ...)*

Spracúvanie uvedeným spôsobom je vykonávané na základe súhlasu dotknutej osoby podľa § 11 a §15 ods. 6 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Súhlas je udelený na dobu:

Poučenie dotknutej osoby:

Dotknutá osoba má právo na základe písomnej žiadosti vyžadovať: potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracúvané; vo všeobecne zrozumiteľnej forme informácie o spracúvaní osobných údajov v informačnom systéme; vo všeobecne zrozumiteľnej forme presné informácie o zdroji, z ktorého získal jej osobné údaje na spracúvanie; vo všeobecne zrozumiteľnej forme zoznam jej osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania; opravu alebo likvidáciu svojich neprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania; likvidáciu jej osobných údajov, ktorých účel spracúvania sa skončil; ak sú predmetom spracúvania úradné doklady obsahujúce osobné údaje, môže požiadať o ich vrátenie; likvidáciu jej osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, ak došlo k porušeniu zákona; blokovanie jej osobných údajov z dôvodu odvolania súhlasu pred uplynutím času jeho platnosti, ak prevádzkovateľ spracúva osobné údaje na základe dotknutej osoby.

Ostatné práva dotknutej osoby upravuje § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

.....
podpis dotknutej osoby

Údaje o príbuzných:

Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	adresa	príbuzenský vzťah	dátum narodenia

Príbuzní žiadateľa, ktorí žijú mimo spoločnej domácnosti:
(rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	adresa	príbuzenský vzťah	dátum narodenia

Kontakty na príbuzných:

Telefón/mobil:

E-mail:

Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny? (hodiace sa zaškrtnite)

- áno
 nie