Teresa Benedicta, občianske združenie Námestie Jána Pavla II. 6073/7 071 01 Michalovce IČO: 31313680 DIČ: 2021510304	**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**	Pečiatka, dátum podania žiadosti

v zmysle 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 a v zmysle zákona č. 376/2024 Z. z. o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

1. Fyzická osoba, ktorej má byť zabezpečená sociálna služba (ďalej len „žiadateľ“)

_____

titul pred menom	meno	priezvisko	rodné priezvisko	titul za menom

2. Dátum narodenia
_____ deň, mesiac, rok

Rodné číslo
_____

3. Telefónne číslo
_____

4. E-mailová adresa
_____

5. Adresa trvalého pobytu
_____

Žiadateľ sa nachádza na prechodnej adrese:
_____

6. Rodinný stav
☐ slobodný/á ☐ ženatý/vydatá ☐ rozvedený/á ☐ ovdovený/á ☐ žijem s druhom/družkou

7. Kontaktná osoba
Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____
Vzťah so žiadateľom: _____ Telefónne číslo: _____
E-mail: _____

Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov
Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, a to na účely zabezpečenia sociálnej služby žiadateľovi. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti a možno ho kedykoľvek odvolať.
Dňa _____ _____
čitateľný vlastnoručný podpis kontaktnej osoby

8. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ súdom obmedzený v spôsobilosti na právne úkony
_____
_____

9. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú liečbu (ústavnú), ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?
☐ áno (uviesť číslo rozsudku: _____ vydal: _____ dňa: _____)
☐ nie

10. Požadovaný druh sociálnej služby (vyznačiť len 1 druh)
☐ Špecializované zariadenie ☐ Zariadenie podporovaného bývania ☐ Domov sociálnych služieb
☐ Zariadenie pre seniorov ☐ Zariadenie opatrovateľskej služby

11. Forma sociálnej služby: ☐ celoročná pobytová

12. Konkrétne miesto poskytovania sociálnej služby (vyznačiť len 1 zariadenie)
☐ Zariadenie pre seniorov – Charitný dom prof. Hlaváča, Nám. J. Pavla II. 6073/7, Michalovce
☐ Zariadenie opatrovateľskej služby – Charitný dom prof. Hlaváča, Hrehovčíka 1, Michalovce
☐ Špecializované zariadenie – Charitný dom prof. Hlaváča, Hrehovčíka 1, Michalovce
☐ Špecializované zariadenie – Charitný dom Juraja Jendželovského, Nám. J. Pavla II. 6523/5, Michalovce
☐ Zariadenie opatrovateľskej služby – Charitný dom I. Halasa, SNP 1079/76, Trebišov
☐ Zariadenie opatrovateľskej služby – Charitný dom Jozefa Machalu, Paričovská 2745/116, Trebišov
☐ Domov sociálnych služieb – Charitný dom Jozefa Machalu, Paričovská 2745/116, Trebišov
☐ Zariadenie podporovaného bývania – Charitný dom E. Jakabovej, Vojčice 342/76

13. Čas poskytovania sociálnej služby
☐ na určitý čas ☐ na neurčitý čas

14. Integrovaný posudok / rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
Číslo: _____ Dátum vydania: _____
Stupeň odkázanosti: _____
Dátum právoplatnosti: _____

15. Príjem žiadateľa
☐ starobný dôchodok ☐ invalidný dôchodok ☐ vdovský/vdovecký dôchodok ☐ výsluhový dôchodok
☐ iný príjem (uviesť aký): _____ Mesačne: _____ EUR
Zrážky z príjmu: ☐ nie ☐ áno, suma zrážok: _____ EUR mesačne

16. Žiadateľ býva
☐ vo vlastnom dome ☐ vo vlastnom byte ☐ v podnájme ☐ iné: _____

17. Platiteľ úhrady podľa § 73a ods. 7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov
Meno a priezvisko / názov: _____
Adresa / sídlo: _____
Vzťah k žiadateľovi: _____ Telefón / e-mail: _____

18. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel/manželka, rodičia, deti a pod.)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Telefónny kontakt

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)
Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa _____ _____
čitateľný vlastnoručný podpis osoby, ktorej má byť zabezpečená sociálna služba
(zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

Poznámka:
Podľa § 92 ods. 2 zákona o sociálnych službách a v zmysle zákona č. 376/2024 Z. z. o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára:
Potvrdzujem, že fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

Pečiatka a podpis lekára: _____

20. Zoznam povinných príloh
Jednotlivé prílohy sa predkladajú podľa konkrétnej situácie žiadateľa, ak boli vydané alebo ak sa na žiadateľa vzťahujú.
- kópia integrovaného posudku s doložkou právoplatnosti a vykonateľnosti, ak bol vydaný príslušným Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny,
- kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a posudku o odkázanosti na sociálnu službu, ak boli vydané,
- kópia právoplatného rozsudku súdu o uložení ochrannej liečby (ústavnej), ochrannej výchovy alebo umiestnení v detenčnom ústave, ak bol vydaný,
- kópia právoplatného rozsudku súdu o skončení ochrannej ústavnej liečby, ak bol vydaný,
- kópia právoplatného rozsudku súdu o obmedzení alebo pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak bol vydaný, a listina o ustanovení opatrovníka, ak bol opatrovník ustanovený,
- potvrdenie ošetrujúceho lekára, ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.