|  |
| --- |
| pečiatka podateľne BSK |

**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:** |  |
| **Rodné číslo, ak je pridelené:** |  |
| **Dátum narodenia:** |  |
| **Adresa pobytu žiadateľa:** |  |
| **Adresa súčasného pobytu žiadateľa, prípadne adresa pre korešpondenciu:** |  |
| **Telefonický kontakt, e-mail:** |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Kontaktná osoba – prosíme uviesť meno a priezvisko, telefonický kontakt, prípadne e-mail:** |  |
| **Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si táto fyzická osoba vybrala:** |  |
| **Druh sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“)**:**  **Domov sociálnych služieb**  (do dovŕšenia dôchodkového veku)  **Špecializované zariadenie**  (osoby s diagnózou najmä Alzheimerova choroba,  demencia, Parkinsonova choroba, schizofrénia,  organický psychosyndróm, pervazívna vývinová  choroba) | **Rehabilitačné stredisko**  (sociálna služba na účely sociálnej rehabilitácie,  poskytuje sa osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej  fyzickej osoby, ktorá je slabozraká, nepočujúca  alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť)  **Zariadenie podporovaného bývania**  (od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku,  ak je osoba pod dohľadom schopná viesť samostatný  život) |
| **Forma sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“):  Celoročná  Týždenná  Ambulantná | **Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby a čas poskytovania sociálnej služby:** |
| **Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, ktoré vydal Bratislavský samosprávny kraj, prípadne iný samosprávny kraj:**  Vydal:  Číslo rozhodnutia / číslo spisu:  Dátum nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia: | |
| **Fyzickej osobe, ktorá žiada o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, sa ku dňu podania žiadosti poskytuje sociálna služba v zariadení sociálnych služieb** (názov a adresa zariadenia sociálnych služieb; vypĺňa sa len v prípade, ak fyzická osoba už má Bratislavským samosprávnym krajom zabezpečené poskytovanie sociálnej služby):  **Druh sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“): **Forma sociálnej služby** (vyznačte symbolom „X“):  1. Domov sociálnych služieb Celoročná  2. Špecializované zariadenie Týždenná  3. Rehabilitačné stredisko Ambulantná  4.Zariadenie podporovaného bývania    **Dátum ukončenia poskytovania sociálnej služby:** | |
| **Zákonný zástupca fyzickej osoby alebo opatrovník fyzickej osoby** (vypĺňa sa len v prípade, ak má žiadateľ súdom obmedzenú spôsobilosť na právne úkony)**:**  **Meno a priezvisko:**  **Adresa:**  **Telefonický kontakt:**  **E-mail:** | |
| **Súhlas s poskytnutím osobných údajov poskytovateľovi sociálnej služby, v ktorom sa bude fyzickej osobe sociálna služba poskytovať a čestné vyhlásenie o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**   1. Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Bratislavského samosprávneho kraja, Sabinovská 16, 820 05 Bratislava v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vybranému poskytovateľovi sociálnej služby pre účely zabezpečenia sociálnej služby. Súhlas bol udelený dobrovoľne a bez nátlaku a môže byť kedykoľvek odvolaný. \* 2. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, eventuálne i trestné stíhanie a skončenie pobytu u poskytovateľa sociálnej služby. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.     V dňa    vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať  sociálna služba, prípadne zákonného zástupcu alebo opatrovníka    \* Ak sa domnievate, že spracúvanie osobných údajov je nezákonné, môžete podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky (adresa: Hraničná 12, 820 07 Bratislava, e-mail: statny.dozor@pdp.gov.sk). | |
| **POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O ZABEZPEČENIE POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY - kópie:**   1. Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu 2. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu. 3. Právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) alebo uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka (ak je súdom uznesenie vydané) | |