 O B E C P A S T O V C E

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU A LEKÁRSKY NÁLEZ

Sídlo obce: Obecný úrad Pastovce, Mikulská cesta 51/84, 935 74 Pastovce

Tel. č. 036 7784671

1. Žiadateľ

 Meno a priezvisko:

 Rodné priezvisko:

2. Dátum narodenia: č. OP:

3. Adresa

 trvalého pobytu:

 PSČ: Okres:

 Telefón: e-mail:

 Prechodného pobytu:

 Súčasného pobytu

 Kontaktná osoba:

 Telefón kont. os.:

4. Štátne občianstvo:

5. Rodinný stav:

6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:

7. Druh sociálnej služby, na ktorý má byť fyzická osoba posúdená: (hodiace sa zaškrtnite)

 domov sociálnych služieb

 špecializované zariadenie

 zariadenie podporovaného bývania

 rehabilitačné stredisko

8. Forma sociálnej služby ( hodiace sa zaškrtnite)

denný pobyt

 týždenný pobyt

 celoročný pobyt

9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

 Zákonný zástupca/opatrovník (doložiť rozsudok súdu/uznesenie/znalecký posudok)

 Meno a priezvisko:

 Adresa:

 Telefón: e-mail:

10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

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

Dňa:

 ...................................................................

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu/opatrovníka)

11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov.

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci Pastovce podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia 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. 122/2013.

Dňa:

 .................................................................

 Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu/opatrovníka

12. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: .......................................................

 Pečiatka a podpis lekára