

**Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby**

Žiadosť prevzatá dňa:

Prevzal:

Dátum nástupu:

Dátum odchodu:

Číslo OP žiadateľa:

Rodné číslo žiadateľa:

Informácie o žiadateľovi:

Žiadateľ:

titul, meno, priezvisko (aj rodné)

Narodený:

deň, mesiac, rok

miesto

okres

Bydlisko:

názov ulice, číslo, obec, PSČ

Rodinný stav:

Štátne občianstvo:

Pôvodné povolanie:

Vzdelanie:

Posledný zamestnávateľ:

Zdravotná poisťovňa:

Informácie o požadovanej sociálnej službe:

Druh sociálnej služby, ktorá má byť žiadateľovi poskytovaná:

Forma sociálnej služby, ktorá má byť žiadateľovi poskytovaná:

celoročná, týždenná, ambulantná, pobytová

Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

Čas poskytovania sociálnej služby:

určito-uviesť dátum, neurčito

Strava (nehodiace sa preškrtnite): racionálna - diabetická - iná:

Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na soc.službu:

číslo

vydal

poznámka: právoplatné rozhodnutie o odkázanosti je nutné predložiť spolu so žiadosťou o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

Informácie o príjme žiadateľa:

Druh dôchodku žiadateľa:

Výška dôchodku:

Iný príjem žiadateľa:

Výška iného príjmu:

odkiaľ a aký

Informácie o majetku žiadateľa:

Finančné úspory:

Vklady:

výška, kde

výška, kde

Nehnuteľný majetok:

druh

Žiadateľ býva v rodinnom dome* - byte* (* - nehodiace sa preškrtnite):

vlastnom, štátnom, družstevnom, v podnájme - u koho / počet obytných miestností

Odôvodnenie, prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa:

Odôvodnenie nutnosti umiestnenia žiadateľa v zariadení:

Informácie o prípadnom zbavení žiadateľa spôsobilosti na právne úkony:

Zákonný zástupca žiadateľa:

titul, meno, priezvisko

Ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony - právoplatné rozhodnutie súdu v:

o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa:

číslo:

Želanie žiadateľa pre prípad zmeny zdravotného stavu, vážneho ochorenia, úmrtia a o spôsobe pohrebu:

Informácia o osobe, ktorej sa majú informácie podávať:

Titul, meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Telefonický kontakt	E-mailový kontakt

Informácie o osobe, ktorá bude v prípade potreby uhrádzať platbu za poskytovanú sociálnu službu:

Titul, meno a priezvisko	Adresa	Dátum narodenia	Rodné číslo

Uloženie do zeme*, spolnenie* (*nehodiace sa preškrtnite):

Miesto uloženia do zeme, miesto uloženia urny:

Pohrebná služba:

Vierovyznanie žiadateľa:

Čestné vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V:

Dňa:

.....
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu