



O B E C
Zariadenie pre seniorov
913 32 Dolná Súča
č. tel. : 032 / 65 931 61

ŽIADOSŤ

na zabezpečenie
poskytovania
sociálnej služby

Požičiavanie pomôcok

Podacie číslo žiadosti :

Evidenčné číslo :

1. Žiadateľ :

meno a priezvisko (aj rodné) , titl.

2. Dátum narodenia :

deň, mesiac, rok

miesto

3. Bydlisko :

4. Štátne občianstvo : _____ národnosť : _____

5. Rodinný stav :

slobodný / á
ženatý / vydatá
rozvedený / á
ovdovený / á
žijem s druhom / družkou

6. Druh kompenzačnej pomôcky, ktorú žiadateľ požaduje :

- chodítko pre dospelého
- toaletná stolička
- invalidný vozík
- sprchovacia stolička
- posteľ, matrac, hrazda
- iné :

7. Kontakt na príbuzných :

Meno a priezvisko :

Príbuzenský vzťah :

Bydlisko :

Telefon. číslo :

8. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých OBEC – Zariadeniu pre seniorov Dolná Súča, podľa § 11, zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti.

Zároveň udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto 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 v znení neskorších predpisov.

Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania.

vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka) :

Čestne vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomá (ý) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa _____

Vlastnoručný podpis žiadateľa*
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

V _____

* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

10. Prílohy :

- Potvrdenie poskytovateľa ZS o nepriaznivom zdravotnom stave

**Potvrdenie poskytovateľa
zdravotnej starostlivosti
o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,**

Žiadateľ :

Meno a priezvisko, titul:.....

Dátum a miesto narodenie:.....

Trvalé bydlisko :.....

Vyjadrenie lekára:

V dňa.....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára