

SENIOR GARDEN n.o. Kostolná 81/51 935 31 Horná Seč	Žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby	Pečiatka
<p>1. Žiadateľ/ka</p> <hr/> <p style="text-align: center;">priezvisko (u žien aj rodné) meno</p> <p>V prípade ak žiadateľ sociálnej služby je pozbavený spôsobilosti na právne úkony:</p> <p>Rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony číslo:</p> <p>Súdom ustanovený opatrovník meno a priezvisko: Dátum narodenia (opatrovník): Adresa pobytu:</p>		
<p>2. Narodený/á</p> <hr/> <p style="text-align: center;">deň, mesiac, rok miesto okres</p> <p>Rodné číslo</p> <hr/>		
<p>3. Bydlisko</p> <hr/> <p style="text-align: center;">obec ulica, číslo okres</p> <hr/> <p style="text-align: center;">pošta PSC</p>		
<p>4. Kontakt</p> <hr/> <p style="text-align: center;">telefón E - mail</p>		
<p>5. Štátna príslušnosť</p> <hr/> <p>Národnosť</p> <hr/>		

6. Rodinný stav: slobodný/á ženatý/vydatá rozvedený/á ovdovený/á žije v partnerstve

7. Povolanie

Osobné záľuby

8. Druh sociálnej služby: Zariadenie pre seniorov

Forma sociálnej služby: pobytová

Doba poskytovania sociálnej služby: určitá neurčitá

9. Príjem žiadateľa

Druh dôchodku: _____ Výška dôchodku: _____

Iný príjem: _____

Hotovosť: _____

Vklady: _____

Pohl'adávky: _____

Nehnutel'ný majetok: _____

10. Základné informácie o zdravotnom stave žiadateľa:

- Je schopný chôdze bez cudzej pomoci ÁNO NIE
- Je pripútaný na lôžko ÁNO NIE
- Je schopný sám sa obslúžiť ÁNO NIE ČIASTOČNE
- Inkontinentný (neudrží moč, stolicu) ÁNO NIE OBČAS
- Je pod dohľadom špecialistu ÁNO NIE (ak áno, ktorého)

interné, pľúcne, neurologické, psychiatrické, ortopedické, chirurgické, poradňa diabetická, protialkoholická,

iné _____

11. Kontaktné osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom: (manžel/manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Telefón	E-mail
-------------------	-------------------	---------	--------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

12. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení, alebo úmrtí žiadateľa:

meno, priezvisko, telefón, adresa

13. Želanie žiadateľa pre prípad úmrtia

Pohrebná služba: _____

Názov, telefonický kontakt

V prípade úmrtia v noci si prajem oznámiť úmrtie v noci nasledujúce ráno

13. Súhlas so spracovaním osobných údajov:

meno a priezvisko

Ako dotknutá osoba v zmysle GDPR a § 6-12 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a ozmene a doplnení niektorých zákonov **dávam svoj súhlas** zariadeniu Senior Garden n.o. Horná Seč so spracúvaním mojich osobných údajov na vymedzený účel. **Vymedzený účel:** evidencia a spracovanie Žiadosti o poskytovanie sociálnej služby v zariadení Senior Garden n.o. Horná Seč a patričnej následnej dokumentácie v súlade s osobitnými zákonmi platnými v tejto oblasti.

Zoznam osobných údajov: titul, meno, priezvisko (aj predchádzajúce a rodné), rodné číslo, adresa, štátna príslušnosť, vzdelanie, rodinný stav, údaje manželky, údaje detí, údaje zákonného zástupcu....

Doba platnosti súhlasu: v súlade s osobitnými zákonmi vymedzujúcimi účel spracovania na neurčito.

podpis žiadateľa

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

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné skončenie pobytu v zariadení pre seniorov.

Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v zariadení sociálnej starostlivosti.

Dňa: _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákon. zástupcu)

14. Zoznam príloh:

- právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu
- vyhlásenie o majetku s overeným podpisom
- rozhodnutie o aktuálnej výške dôchodku

V dňa

.....

podpis žiadateľa