



Centrum sociálnych služieb
STUDIENKA
029 55 Novot' 976

**ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE
PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY
DENNÉ CENTRUM**

pečiatka
podateľne
zariadenia

1. ŽIADATEĽ:

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Miesto narodenia

Rodné číslo:

Číslo OP:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

**2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA, AK JE ŽIADATEĽ POZBAVENÝ
SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY:**

Meno a priezvisko

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

3. DRUH PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Poskytovanie sociálnej služby fyzickej osobe, ktorá:

- a) dovŕšila dôchodkový vek
- b) má ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav
- c) rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou

4. ROZSAH POSKYTOVANIA PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Frekvencia a dochádzky:

v pracovných dňoch¹

v dňoch(okrem štátnych sviatkov a dni pracovného pokoja)¹:

pondelok¹

utorok¹

streda¹

štvrtok¹

piatok¹

Rozsah:

do štyroch hodín¹

nad štyri hodiny¹

5. DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

¹ Príslušný údaj označiť krížikom

6. ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

na dobu neurčitú¹

na dobu určitú do:¹

7. ZÁUJEM O ČINNOSTI¹:

arterapia

aromaterapia

muzikoterapia

dramaterapia

biblioterapia

snoezelen terapia

tréning pamäti

spoločenské hry

sledovanie filmov

práca s počítačom

rehabilitácia

práca v stolárskej dielni

Tvorivé dielne:

ručné práce,

varenie a pečenie,

výroba sviec a mydielok

práca s papierom

práca s prútím, pedigom

výroba dekorácií

Sociálna rehabilitácia:

nácvik úkonov sebaobsluhy

nácvik komunikácie

iné (napíšte o akú činnosť by ste mali záujem):

8. POPIS ZDRAVOTNÉHO STAVU:

(alergie, telesné obmedzenia, odporúčania lekára, používanie kompenzačných pomôcok)

9. MOBILITA¹:

nepotrebuje pomoc pri presune, nepoužíva kompenzačné pomôcky

nepotrebuje pomoc pri presune, pohybuje sa na invalidnom vozíku, s pomocou bariel,

potrebuje pomoc pri presune na invalidnom vozíku)

13. ČESTNÉ VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA O PRAVDIVOSTI A ÚPLNOSTI ÚDAJOV UVEDENÝCH V ŽIADOSTI:

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

V

Dňa:

podpis žiadateľa, zákonného zástupcu

14. POTVRDENIE LEKÁRA

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnych služieb

Zdravotný stav menovaného / menovanej / sa nedovoľuje podpísať.

Dátum:

.....
podpis a pečiatka lekára

ZOZNAM PRÍLOH:

- **súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona číslo 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov**
- doklad preukazujúci skutočnosť zbavenia spôsobilosti na právne úkony a doklad o ustanovení opatrovníka, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony
- doklad preukazujúci potrebu diétného stravovania od lekára v prípade, že žiadateľ žiada aj o poskytovanie stravovania