



Centrum sociálnych služieb  
STUDIENKA  
029 55 Novot' 976

**ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE  
SOCIÁLNEJ SLUŽBY  
„SAMOPLATCA“**

pečiatka  
podateľne  
zariadenia

**1. ŽIADATEĽ:**

Meno a priezvisko, u žien aj rodné 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 SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

Poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek typu:

<input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <sup>1</sup>	

**4. FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

Celoročná<sup>1</sup> pobytová sociálna služba

**5. DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

**6. ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

na dobu neurčitú<sup>1</sup>       na dobu určitú do:<sup>1</sup>

**7. PRÍJMY ŽIADATEĽA:**

Druh dôchodku		Výška dôchodku	
Iný príjem:	aký		
	od koho		
	mesačne v €		

<sup>1</sup> Príslušný údaj označiť krížikom

## 8. 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

## 9. SÚHLAS SO ZARADENÍM DO PORADOVNÍKA ČAKATEĽOV

V prípade, že vo Vašom zariadení nie je momentálne voľné vhodné miesto:

- Súhlasím, aby bola moja žiadosť zaradená do poradovníka čakateľov v CSS STUDIENKA
- Nesúhlasím, aby bola moja žiadosť zaradená do poradovníka čakateľov v CSS STUDIENKA a žiadam o jej vrátenie

podpis žiadateľa

## 11. POTVRDENIE LEKÁRA

- Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb
- Zdravotný stav menovaného / menovanej / sa nedovoľuje podpísať.

Dátum:

.....

podpis a pečiatka lekára

## ZOZNAM PRÍLOH:

- o súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona číslo 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov
- o úkony sebaobsluhy, úkony starostlivosti o domácnosť a základné sociálne aktivity (tlačivo)
- o doklad preukazujúci skutočnosť zbavenia spôsobilosti na právne úkony a doklad o ustanovení opatrovníka, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony