



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) dovърšila 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 dňoch<sup>1</sup>

v dňoch(okrem štátnych sviatkov a dni pracovného pokoja)<sup>1</sup>:

pondelok<sup>1</sup>

utorok<sup>1</sup>

streda<sup>1</sup>

štvrtok<sup>1</sup>

piatok<sup>1</sup>

Rozsah:

do štyroch hodín<sup>1</sup>

nad štyri hodiny<sup>1</sup>

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

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

## 6. ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

na dobu neurčitú<sup>1</sup>

na dobu určitú do:<sup>1</sup>

## 7. ZÁUJEM O ČINNOSTI<sup>1</sup>:

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, pedígom

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. MOBILITA<sup>1</sup>:

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