**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby**

**v Pohode seniorov Galanta, n.o., Hodská ulica č. 360/33, 924 01 Galanta**

 zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

**Žiadateľ ( meno a priezvisko):**………………………….................................................**Titul**:..............

**Rodné priezvisko**:............……............**Narodený/á:** …........………. **Rodné číslo:**................................

**Miesto a okres narodenia:** .............................................................**Zdravotná poisťovňa**.....................

**Číslo OP:**.............................**Platnosť OP:**..................**Rodinný stav:** ................**Národnosť:**.................

**Adresa trvalého pobytu**: …………………………………………………................**PSČ:** ...................

**Druh dôchodku**:

□ starobný □ vdovský □ výsluhový □ invalidný

**Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:**

□ Zariadenie pre seniorov □ Špecializované zariadenie

**Forma sociálnej služby:** pobytová

**Predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby:** ..............................................................

**Čas poskytovania sociálnej služby:**

□ určitý □ neurčitý

**Kontaktná osoba:**

1. Meno a priezvisko............................................................................................Titul...................

Vzťah ...................................Číslo OP ................................Dátum narodenia...........................

Adresa:.........................................................................................................................................

Telefonický kontakt:......................................................e – mail:................................................

1. Meno a priezvisko................................................................................... Vzťah.........................

Telefonický kontakt:......................................................e – mail:................................................

**Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu:**

Rozhodnutie vydal: ......................................................... Číslo rozhodnutia: .........................................

Dátum vydania: ........................... Právoplatné dňa: ................................ Stupeň odkázanosti: .............

**Spracovanie osobných údajov žiadateľa**

Pohoda seniorov Galanta, n.o. spracúvaposkytnuté osobné údaje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679, resp. zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, na základe zákonného právneho základu, ktorým je zákon č.448/2008 Z. z. Údaje budú uchovávané po dobu stanovenú zákonom v archívoch a registratúrach a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba môže od prevádzkovateľa požadovať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu, ak je spracúvanie osobných údajov nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní, ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu. Predmetné práva si dotknutá osoba môže uplatniť písomne doručením žiadosti na adresu: Pohoda seniorov Galanta, n.o. Hodská ulica 360/33, 924 01 GalantaHh, osobne alebo elektronicky na e-mail  administrativa@pohodaseniorov.sk. Pre bližšie oboznámenie sa s vašimi právami a našimi povinnosťami nájdete informácie na stránkach [www.pohodaseniorov.sk](http://www.pohodaseniorov.sk) v časti Ochrana osobných údajov.

**Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu: ………………...…………………………..........…....

číslo rozhodnutia o obmedzení alebo pozbavení spôsobilosti na právne úkony: .....................................

právoplatnosť daného rozhodnutia / dátum / : ............................. súd / názov súdu /...............................

**Ak fyzická osoba – žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám** podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

**Vyhlásenie lekára:**

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj súčasný zdravotný stav si nemôže sám podať žiadosť o poskytnutie sociálnej služby a uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby.

Dňa: ................................

.............................................................

Pečiatka a podpis lekára

Vyhlásenie žiadateľa /zákonného zástupcu., inej fyzickej osoby/:

Správnosť údajov uvedených v žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby potvrdzujem svojim podpisom. Som si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V ....................................dňa: ............................

......................................................................

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

/zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby/

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

1.Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu + posudok o odkázanosti na sociálnu

službu

2. Rozhodnutie o výške dôchodku zo Sociálnej poisťovne

3. Vyhlásenie o majetku s overeným podpisom

Žiadateľ ďalej doloží právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony a listinu o ustanovení za opatrovníka, ak toto bolo vydané.