

Mesto Stará Ľubovňa
Oddelenie sociálnych vecí a bytovej politiky
Obchodná 1
064 01 Stará Ľubovňa

Žiadosť zabezpečenie poskytovania prepravnej služby

1. Žiadateľ/ žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien)

Dátum a miesto narodenia Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu

Adresa aktuálneho pobytu

Telefón E-mail

Druh dôchodku

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony

Meno a priezvisko

Adresa trvalého pobytu

Telefón E-mail

3. Máte priznaný peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla alebo peňažný príspevok na prepravu v zmysle zákona č.477/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?

☐ áno ☐ nie

4. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)

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

V dňa

podpis žiadateľa

5. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracúvaním a poskytovaním všetkých mojich osobných údajov poskytnutých prevádzkovateľovi Mestu Stará Ľubovňa, Obchodná 1, Stará Ľubovňa a posudkovému lekárovi podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti pre účel posudzovania sociálnej služby. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa
podpis žiadateľa

Povinné prílohy:

- Posudok vydaný ÚPSVaR fyzickej osobe s ŤZP odkázanej na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom alebo fyzickej osobe s nepriaznivým zdravotným stavom s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie

ALEBO

- Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie prepravnej služby

Meno a priezvisko žiadateľa	Dátum narodenia
Adresa trvalého pobytu	Telefón

Žiadateľ/ka **má – nemá nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie** v súlade so zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z.z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Potvrdzujem, že menovaný/á na základe svojho nepriaznivého zdravotného stavu **je - nie je** odkázaný/á na individuálnu prepravu

- na dobu: určitú od do
- na dobu neurčitú ☐
- s nutnosťou doprovodu ☐
- bez doprovodu ☐

Dňa:

Pečiatka a podpis poskytovateľa zdravotnej starostlivosti