

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

---

**Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej 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

Štátne občianstvo

Národnosť

Číslo obč.preukazu

Druh dôchodku

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

Meno a priezvisko

Adresa trvalého pobytu

Telefón

E-mail

**3. Rodinný stav**

slobodný

rozvedený/á

ženatý

ovdovený/á

vydatá

žijem s druhom/družkou

#### 4. Žiadateľ/ka býva

vo vlastnom dome  iné (uved'te)

vo vlastnom byte  počet obytných miestností

v podnájme  počet členov žijúcich v domácnosti (okrem žiadateľa)

#### 5. Druh požadovanej sociálnej služby

opatrovateľská služba  zariadenie opatrovateľskej služby

zariadenie pre seniorov  denný stacionár

iné

#### 6. Forma sociálnej služby

terénna  denný pobyt  celoročný pobyt

ambulantná  týždenný pobyt

#### 7. Deň začatia poskytovania sociálnej služby (uved'te dátum)

#### 8. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby

na dobu neurčitú  na dobu určitú ((uved'te dátum)

#### 9. Pri opatrovateľskej službe uved'te požadovaný počet hodín denne

<input type="text"/>
----------------------

**10. V ktorom zariadení soc. služieb si žiadateľ/ka by si želal/ a byť umiestnený/ á**  
(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

<input type="text"/>
----------------------

**11. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu 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

**12. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti**  
(manžel/ka, deti, rodičia, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**13. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa/ky**  
(manžel/ka, deti, rodičia, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


#### 14. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona č. 18/20018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov – GDPR podpísom tejto žiadosti udeľujem svoj súhlas Mestu Stará Ľubovňa so spracovaním osobných údajov v rozsahu, v akom sú poskytnuté v tejto žiadosti na účely vybavenia žiadosti, po dobu vybavenia žiadosti, resp. po dobu platnosti zmluvy uzavretej ako výsledok vybavenia žiadosti v súlade s registratúrnym poriadkom Mesta. Súhlas možno odvolať iba v prípade preukázaného porušenia podmienok spracúvania osobných údajov, za ktorých bol súhlas udelený.

V  dňa  .....  
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka

#### 15. 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/zákonného zástupcu/opatrovníka

#### 16. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Toto potvrdenie sa vydáva v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

V  dňa  .....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

#### **Povinné prílohy:**

- Kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu
- Potvrdenie o príjme
- Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu službu (úradne overené)

#### **Zoznam príloh (ak boli vydané)**

- Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka