

Žiadosť o poskytovanie sociálnej služby – monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

A. Údaje o žiadateľovi:

| | |
|--------------------------|--------------|
| Meno a priezvisko: | Titul: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Adresa: Trvalého pobytu: | |
| Prechodného pobytu: | |
| Rodinný stav: | Telefón: |
| Štátne občianstvo: | |
| Sociálne postavenie: | |

B. Údaje zákonného zástupcu žiadateľa (vyplňte v prípade, ak žiadateľ(ka), nie je spôsobilý(á) na právne úkony):

| | |
|--------------------------|--------|
| Meno a priezvisko: | Titul: |
| Adresa: Trvalého pobytu: | |
| Prechodného pobytu: | |
| Dôvod zastúpenia: | |
| Telefón: | |

C. Odôvodnenie žiadosti

| |
|--|
| |
|--|

D. Rozsah poskytovanej sociálnej služby

Sociálna služba sa bude poskytovať v byte prijímateľa. Prijímateľ v záujme realizácie dohodnutých služieb umožní poskytovateľovi sociálnej služby vstup do priestorov svojho bytu - domácnosti.

E. Prijmy žiadateľa

Dôchodok/dôchodky žiadateľa: druh, výška dôchodku(ov), dátum priznania:

Iné príjmy žiadateľa (príjmy zo závislej činnosti, podnikania, z prenájmu majetku, prijaté výživné, dávka v hmotnej núdzi, opatrovateľský príspevok, rodičovský príspevok, výnosy z cenných papierov, dávka v nezamestnanosti a iné dávky zo systému sociálneho poistenia a pod.).

Druh a výšku príjmu:

F. Vyhlásenie žiadateľa

Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo. Som si vedomý(á) právnych následkov, uvedenia nepravdivých údajov ako aj toho, že neprávom prijaté dávky (služby) som povinný(á) nahradiť.

V Nitre dňa:

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

K žiadosti je potrebné priložiť nasledovné prílohy (preukazujúce splnenie podmienok žiadateľa na poskytovanie sociálnej služby – monitorovanie a signalizácia potreby pomoci):

- Potvrdenie lekára o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa spočívajúcom v obmedzenej schopnosti pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenej schopnosti orientácie (časť H žiadosti)

G.

Poskytnuté osobné údaje budú spracované len za účelom vybavenia Vašej žiadosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Osobné údaje môžu byť poskytnuté orgánom štátnej moci, kontrolným orgánom za účelom kontroly z ich strany a prípadne iným príjemcom, ak to povaha žiadosti vyžaduje. Osobné údaje nebudú poskytnuté do tretích krajín. Po vybavení žiadosti budú osobné údaje a žiadosť archivované v súlade s registratúrnym plánom mesta. Môžete od nás požadovať prístup k Vaším osobným údajom, máte právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu. Ak sa domnievate, že Vaše osobné údaje sú spracúvané nespravodlivo alebo nezákonne, môžete podať sťažnosť na dozorný orgán ako aj právo podať návrh na začatie konania dozornému orgánu ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27. Predmetné práva si môžete uplatniť písomne doručením žiadosti na adresu: Štefánikova tr.60, Nitra, osobne do podateľne alebo elektronicky na email podatelna@msunitra.sk. Kontakt na osobu zodpovednú za ochranu osobných údajov: zodpovednaosoba@somi.sk. Viac informácií o ochrane osobných údajov nájdete na našej webovej stránke – www.nitra.sk.

H. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Meno a priezvisko, titul:

Rodné číslo:

Trvalý pobyt:

Stav:

Zdravotná poisťovňa:

Vyplní ošetrojúci lekár:

1. Diagnóza a popis zdravotného stavu opatrovaného (celkový vzhľad, stav výživy, telesne postihnutý, chronicky chorý):

.....

.....

.....

.....

2. Opatrovaný je: - pohyblivý

- čiastočne pohyblivý (môže na krátko opustiť lôžko)
- nepohyblivý (trvale pripútaný na lôžko)

Záver: **Potvrdzujem** / **nepotvrdzujem**, že menovaná/ý na základe svojho nepriaznivého zdravotného stavu je odkázaná/ý na sociálnu službu monitorovanie a signalizácia potreby pomoci.

V Nitre dňa:

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára