

Mesto Komárno
Mestský úrad Komárno - Sociálny a správny odbor
Oddelenie opatrovateľskej a prepravnej služby

Žiadosť o poskytovanie sociálnej služby v jedálni

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 nie je spôsobilý na právne úkony)

Meno a priezvisko: Titul:

Adresa : trvalého pobytu:

prechodného pobytu:

Dôvod zastúpenia:

Telefón:

C. Odôvodnenie žiadosti

.....
.....

D. Príjmy žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb*

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:

- žiadateľ predloží doklady o príjme požadované zo strany poskytovateľa sociálnej služby

E. Vyhlásenie žiadateľa

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

Súhlasím s vyžiadaním údajov o mojej osobe potrebných pre poskytovanie sociálnej služby v jedálni.

V Komárne dňa

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

K žiadosti je potrebné priložiť nasledovné prílohy (preukazujúce splnenie podmienok žiadateľa na poskytovanie sociálnej služby v jedálni):

- Posudok úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o kompenzácii dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, resp. preukaz občana s ťažkým zdravotným postihnutím
- Potvrdenie lekára o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa
- Doklady požadované poskytovateľom sociálnej služby na preukázanie výšky príjmov žiadateľa

F. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Meno a priezvisko, titul:

Rodné číslo:

Trvalý pobyt:

Stav:

Zdravotná poisťovňa:

Vyplní ošetrujúci 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 v jedálni.

V Komárne dňa :

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknite

G. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov Mestu Komárnu, súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti, na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, vyhotovenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

V Komárne dňa

podpis žiadateľa
(resp. zákonného zástupcu žiadateľa)