

**Mesto Komárno**  
**Mestský úrad Komárno**  
**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)