

ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO EVIDENCIE ČAKATEĽOV



pečiatka zariadenia

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko					
Rodné priezvisko		Národnosť:			
Dátum narodenia		Miesto narodenia:			
Rodné číslo (povinné)		Číslo OP:			
Adresa trvalého pobytu					
Zdravotná poisťovňa					
Aktuálny všeobecný lekár					
Diéta (zakrúžkujte)	diabetická	bezlepková	šetriaca	iná:	
Adresa pre zaslanie korešpondencie/vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska/					
Telefón:		e-mail:		vzťah:	

(uviesť kontakt na rodinných príslušníkov, ktorých treba kontaktovať v prípade uvoľnenia miesta)

2. Zákonný zástupca žiadateľa, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony

Meno a priezvisko				
Adresa pre zaslanie korešpondencie/vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska/				

3. Druh sociálnej služby + stupeň odkázanosti podľa rozhodnutia (ak je už vydané)

Poskytovanie sociálnej služby - uveďte druh sociálnej služby a stupeň odkázanosti z Rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu

	Zariadenie pre seniorov		Zariadenie opatrovateľskej služby
	Špecializované zariadenie		zatiaľ bez rozhodnutia o odkázanosti
4. Forma sociálnej služby	celoročná pobytová sociálna služba		

5. Deň začatia poskytovania sociálnej služby

od:		
6. Čas poskytovania sociálnej služby		
na dobu neurčitú	na dobu určitú do:	

7. Príjmy žiadateľa

Výška dôchodku:		Iný príjem (kompenzácie UPSVR a pod.):	
Druh dôchodku (zakrúžkujte):	starobný vdovský/vdovecký výsluhový rodičovský invalidný		

8. Súhlas so spracúvaním osobných údajov žiadateľa

V zmysle §14 zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, dávam súhlas so spracúvaním osobných údajov zákonnej agendy. Súhlas so spracúvaním osobných údajov dávam na dobu plnenia účelu ich poskytnutia.

9. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti

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

V		Dňa		podpis žiadateľa
---	--	-----	--	------------------

11. Kompenzačné pomôcky:

V prípade, že žiadateľ vlastní nejakú kompenzačnú pomôcku predpísanú zdravotnou poisťovňou - (inv. vozík, polohovateľnú posteľ, chodítko...), uviesť, akú:

10. Súhlas so zaradením do poradovníka čakateľov	podpis žiadateľa
--	------------------