

**ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNEJ SLUŽBY NA
PODPORU RODINY S DEŤMI – POMOC PRI OSOBNEJ STAROSTLIVOSTI O DIEŤA**

1. Žiadateľ

.....
priezvisko (u žien aj rodné)

.....
meno

2. Narodený

.....
deň, mesiac, rok

.....
miesto

3. Bydlisko

Adresa trvalého pobytu:

.....
obec (mesto)

.....
ulica, číslo

.....
názov bloku

.....
poschodie

.....
pošta

.....
PSČ

.....
telefónny kontakt

Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu:

.....
obec (mesto)

.....
ulica, číslo

.....
názov bloku

.....
poschodie

.....
telefónny kontakt

4. Štátne občianstvo: **Národnosť:**

5. Rodinný stav:

6. Druh sociálnej služby: sociálna služba na podporu rodiny s deťmi - pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa

7. Forma sociálnej služby: terénna

8. Deň začatia poskytovania sociálnej služby:

9. Rozsah (čas) poskytovania sociálnej služby:

10. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa

príjem (odkiaľ, aký?)

.....
výška príjmu

druh dôchodku

.....
výška dôchodku

Nehnutel'ný majetok (druh, výmera, kde)?

Životné poisťky (poisťovňa a číslo poisťky)?

poznámka: O príjmových pomeroch občana predloží potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok.

11. Žiadateľ býva

vo vlastnom dome - byte - štátnom, družstevnom, rodinnom dome

v podnájme (u príbuzných – u koho?)

počet obytných miestností počet osôb žijúcich v spoločnej domácnosti:

12. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom: (manžel/manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Bydlisko	číslo telefónu	pozn.

13. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama požiadať o uzatvorenie zmluvy o poskytnutí sociálnej služby na podporu rodiny s deťmi – pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

.....

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

14. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o poskytnutie sociálnej služby na podporu rodiny s deťmi – pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa.

Dňa

.....

pečiatka a podpis lekára

15. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony:

Meno a priezvisko.....

Adresa (ulica, číslo domu, PSČ, obec)

Telefonický kontakt e-mail

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

16. Poučenie dotknutej osoby so spracovaním údajov

Mesto Poprad spracúva osobné údaje uvedené v tejto žiadosti podľa § 94a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie , ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.

V.....dňa.....

.....
čitateľné vlastnoručné podpisy žiadateľov

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

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

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

18. Zoznam príloh

- potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok
- doklady o majetkových pomeroch (čestné vyhlásenie)
- rodné listy detí
- iné doklady, ktoré sú podkladom pre uzatvorenie zmluvy

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ Poprad