



Centrum sociálnych služieb
STUDIENKA
029 55 Novot' 976

**ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE
PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY
DENNÉ CENTRUM**

pečiatka
podateľne
zariadenia

1. ŽIADATEĽ:

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Miesto narodenia

Rodné číslo:

Číslo OP:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

**2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA, AK JE ŽIADATEĽ POZBAVENÝ
SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY:**

Meno a priezvisko

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

3. DRUH PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Poskytovanie sociálnej služby fyzickej osobe, ktorá:

- a) dovŕšila dôchodkový vek
- b) má ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav
- c) rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou

4. ROZSAH POSKYTOVANIA PODPORNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Frekvencia a dochádzky:

v pracovných dňoch¹

v dňoch(okrem štátnych sviatkov a dni pracovného pokoja)¹:

pondelok¹

utorok¹

streda¹

štvrtok¹

piatok¹

Rozsah:

do štyroch hodín¹

nad štyri hodiny¹

5. DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

6. ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

na dobu neurčitú¹

na dobu určitú do:¹

¹ Príslušný údaj označiť krížikom

7. ZÁUJEM O ČINNOSTI¹:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> arterapia | <input type="checkbox"/> aromaterapia | <input type="checkbox"/> muzikoterapia | <input type="checkbox"/> dramaterapia |
| <input type="checkbox"/> biblioterapia | <input type="checkbox"/> snoezelen terapia | <input type="checkbox"/> tréning pamäti | <input type="checkbox"/> spoločenské hry |
| <input type="checkbox"/> sledovanie filmov | <input type="checkbox"/> práca s počítačom | <input type="checkbox"/> rehabilitácia | <input type="checkbox"/> práca v stolárskej dielni |
- Tvorivé dielne:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ručné práce, | <input type="checkbox"/> varenie a pečenie, | <input type="checkbox"/> výroba sviec a mydielok |
| <input type="checkbox"/> práca s papierom | <input type="checkbox"/> práca s prútím, pedigom | <input type="checkbox"/> výroba dekorácií |
- Sociálna rehabilitácia:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nácvik úkonov sebaobsluhy | <input type="checkbox"/> nácvik komunikácie |
|--|---|

iné (napíšte o akú činnosť by ste mali záujem):

8. POPIS ZDRAVOTNÉHO STAVU:

(alergie, telesné obmedzenia, odporúčania lekára, používanie kompenzačných pomôcok)

9. MOBILITA¹:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> nepotrebuje pomoc pri presune, nepoužíva kompenzačné pomôcky |
| <input type="checkbox"/> nepotrebuje pomoc pri presune, pohybuje sa na invalidnom vozíku, s pomocou bariel, |
| <input type="checkbox"/> potrebuje pomoc pri presune na invalidnom vozíku) |

11. ZÁUJEM O POSKYTOVANIE STRAVOVANIA (jedného hlavného jedla – obeda):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> áno ¹ | <input type="checkbox"/> nie ¹ |
|---|---|

12. ZÁUJEM O POSKYTOVANIE PREPRAVNEJ SLUŽBY (do a zo zariadenia)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> áno ¹ | <input type="checkbox"/> nie ¹ |
|---|---|

12. SÚHLAS NA SPRACÚVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV ŽIADATEĽA:

V zmysle § 11 zákona NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, dávam súhlas zariadeniu sociálnych služieb na spracúvanie mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších údajov nevyhnutných pre spracúvanie sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov dávam na dobu plnenia účelu ich poskytnutia.

podpis žiadateľa, zákonného zástupcu

13. 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, zákonného zástupcu

14. POTVRDENIE LEKÁRA

- Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnych služieb
- Zdravotný stav menovaného / menovanej / sa nedovoľuje podpísať.

Dátum:

.....
podpis a pečiatka lekára

ZOZNAM PRÍLOH:

- doklad preukazujúci skutočnosť zbavenia spôsobilosti na právne úkony a doklad o ustanovení opatrovníka, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony
- doklad preukazujúci potrebu diétného stravovania od lekára v prípade, že žiadateľ žiada aj o poskytovanie stravovania
- doklad preukazujúci odkázanosť na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, v prípade, že žiadateľ žiada o poskytovanie tejto služby