



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 dňoch<sup>1</sup>

v dňoch(okrem štátnych sviatkov a dni pracovného pokoja)<sup>1</sup>:

pondelok<sup>1</sup>

utorok<sup>1</sup>

streda<sup>1</sup>

štvrtok<sup>1</sup>

piatok<sup>1</sup>

Rozsah:

do štyroch hodín<sup>1</sup>

nad štyri hodiny<sup>1</sup>

**5. DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

**6. ČAS POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:**

na dobu neurčitú<sup>1</sup>

na dobu určitú do:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Príslušný údaj označiť krížikom

## 7. ZÁUJEM O ČINNOSTI<sup>1</sup>:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <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. MOBILITA<sup>1</sup>:

- |   |
|---|
| <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)                                  |

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

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

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

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

## 12. SÚHLAS NA SPRACÚVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV ŽIADATEĽA:

V zmysle § 11 zákona NR SR č. 18/2018 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:

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