|  |
| --- |
| ***Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:***  |
|  |
| ***Dátum narodenia:*** | ***Číslo občianskeho preukazu:*** |
| ***Rodinný stav:*** | ***Štátne občianstvo:*** |
| ***Adresa trvalého pobytu:*** |
| ***Zákonný zástupca fyzickej osoby, ktorej sa má  poskytovať sociálna služba, ak nie je spôsobilá na právne úkony: Telefónne číslo, e-mail:*** |
| ***Iná kontaktná osoba: Telefónne číslo, e-mail:***  |
| ***Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:* □** Zariadenie pre seniorov  |
|  □ Špecializované zariadenie |
| ***Forma sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:*** pobytová, celoročná |
| ***Názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si fyzická osoba vybrala:*** Stredisko Evanjelickej DIAKONIE Sučany |
| ***Od kedy chcete, aby sa vám má sociálna služba poskytovala:*** |
| ***Som poberateľom***□ Starobného dôchodku: vo výške: .....................................................................□ Invalidného dôchodku: vo výške: ..................................................................... |
| ***Čestné vyhlásenia 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: |

K žiadosti prosím doložte:

Kópiu rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu v Zariadení pre seniorov alebo Špecializovanom zariadení, s vyznačenou právoplatnosťou.

|  |
| --- |
| ***Vyplňuje poskytovateľ sociálnej služby:***Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby bola doručená dňa:Meno a priezvisko zodpovednej osoby:Podpis zodpovednej osoby: |