



# Mesto Topolčany - Mestský úrad

Námestie M. R. Štefánika 1/1, 955 01 Topolčany

- odbor starostlivosti o občanov, podnikateľských činností a školstva -

## ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

### Žiadateľ:

Meno:	Priezvisko:	Titul:		
	Rodné priezvisko:			
Trvalý pobyt:	Adresa pobytu:			
Okres:				
Dátum narodenia:	Rodinný stav:			
Štátne občianstvo:	Telefónne č.:			
Poberateľ dôchodku/ov, druh dôchodku/ov:				
Bývanie - druh bytu:	Počet izieb:			
Počet osôb v byte:	v tom dospelí, zaopatrené deti:	nezaopatrené deti:		
- Údaje o manželovi/manželke, nezaopatrených deťoch a ďalších spoločne posudzovaných osobách, žijúcich v spoločnej domácnosti + - údaje osôb žijúcich mimo spoločnej domácnosti (rodičia, súrodenci, deti, vnuci, zať, nevesta...)				
<b>Meno a priezvisko</b>	<b>Dátum narodenia</b>	<b>Adresa pobytu</b>	<b>Príbuzenský vzťah</b>	<b>Telefónne číslo</b>
<b>Titul</b>				
<b>Druh sociálnej služby</b> (nehodiace sa prečiarknite):				
1. Opatrovateľská služba				
2. Zariadenie pre seniorov				
3. Iné				
<b>Forma sociálnej služby</b> (nehodiace sa prečiarknite):				
1. terénna				
2. ambulatná				
3. denný pobyt				
4. týždenný pobyt				
5. celoročný pobyt				

**Odôvodnenie žiadateľa potreby poskytovania sociálnej služby:**

**Údaje zákonného zástupcu** (vyplňte v prípade, ak žiadateľ(ka), nie je spôsobilý(á) na právne úkony):

zákonný zástupca:

meno a priezvisko .....

adresa ..... PSC .....

telefón ..... e-mail .....

**Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)**

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

Dňa .....

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

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých mestu Topoľčany, Nám. M.R. Štefánika 1/1, 955 01 Topoľčany v zmysle zákona **NR SR č. 18/2018 Z. z.** o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa .....

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

Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, alebo nie je schopný podpísať vlastnoručne, môže v jeho mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

**K žiadosti je potrebné doložiť kópie aktuálnych lekárskeho nálezov (nie starších ako 6 mesiacov).**

**Adresa:**

Mesto Topoľčany – Mestský úrad, Nám. M.R. Štefánika 1/1, 955 01 Topoľčany  
tel.: 038/5340 100