

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO PORADOVNÍKA NA UMIESTNENIE KLIENTA DO
ZARIADENIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB SENIOR CARE GALENIA**

Žiadateľ:						
	priezvisko (prípadne rodné meno)			meno		
Narodený:						
	deň, mesiac, rok		miesto, okres		číslo OP	
Bydlisko:					PSČ:	
Štátna príslušnosť:				Národnosť:		
Rodinný stav:						
Druh dôchodku:	Starobný Invalidný	Vdovský			Výška dôchodku:	
Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:*	Zariadenie opatrovateľskej služby		Špecializované zariadenie	Zariadenie pre seniorov		
Forma sociálnej služby:*					pobytová	
Čas poskytovania sociálnej služby:*				určitý	neurčitý	
Mám záujem o izbu :				jednolôžkovú	dvojlôžkovú	
Mám záujem o stravu :				raciónálnu	diabetickú	
Deň začatia poskytovania sociálnej služby:						
Názov poskytovateľa soc. služby podľa výberu:						Senior Care Galanta n. o., Hodská 2378/85, 924 01 Galanta

Zákonný zástupca (ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony):			
Meno a priezvisko:			
Adresa:			
Právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v			
o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa		číslo	

Kontaktné údaje na osobu, ktorú kontaktovať ak sa uvoľní miesto v zariadení :

Meno a priezvisko :	
Adresa :	
Telefón :	
Email :	

Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok požadovanie náhrady vzniknutej škody.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

V

dňa:

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Doklady k žiadosti:

1. Rozhodnutie o výške dôchodku na aktuálny kalendárny rok / kópia/
2. Právoplatné Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu do zariadenia pre seniorov, alebo do špecializovaného zariadenia. / ak má klient vybavené, stačí kópia /
3. Aktuálne lekárske správy, prepúšťacie správy
4. Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby

*Čo sa nehodí prečiarknite!