

ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO PORADOVNÍKA NA UMIESTNENIE KLIANTA DO ZARIADENIA PRE SENIOROV SENIOR CARE KASKÁDY

Žiadateľ:				
	priezvisko (prípadne rodné meno)		meno	
Narodený:				
	deň, mesiac, rok	miesto, okres		číslo OP
Bydlisko:				PSČ:
Štátna príslušnosť:			Národnosť:	
Rodinný stav:				
Druh dôchodku:	Starobný	Vdovský	Invalidný	Výška dôchodku:
Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:*				zariadenie pre seniorov
Forma sociálnej služby:*				pobytová
Čas poskytovania sociálnej služby:*				neurčitý
Mám záujem o izbu :			jednolôžkovú	dvojlôžkovú
Mám záujem o stravu :			raciónalnu	diabetickú
Deň začatia poskytovania sociálnej služby:				
Názov poskytovateľa soc. služby podľa výberu:	Služby pre seniorov n. o., Senior Care Kaskády, Kajal – Únovce 623, 925 92 Kajal			

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 :	

Vyhlasenie 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 / ak má klient vybavené, kópia /
3. Aktuálne lekárske správy, prepúšťacie správy

*Čo sa nehodí prečiarknite!