



ŽIADOSŤ

o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

| | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Žiadateľ: | | | | |
| | priezvisko (prípadne rodné meno) | | meno | |
| Narodený: | | | | |
| | deň, mesiac, rok | miesto, okres | | Rodné číslo |
| Bydlisko: | | | PSČ: | |
| Štátna príslušnosť: | | | Národnosť: | |
| Rodinný stav: | | | | |
| Druh dôchodku: | | | Výška dôchodku: | |
| Druh sociálnej služby, ktorá sa má poskytovať:* | | | Špecializované zariadenie | Zariadenie pre seniorov |
| | | | Zariadenie opatrovateľskej služby | |
| Forma sociálnej služby:* | | | terénna | pobytová |
| Čas poskytovania sociálnej služby:* | | | určitý | neurčitý |
| Typ stravy: * | racio | | dia | iná |
| Deň začatia poskytovania sociálnej služby: | | | | |
| Názov poskytovateľa soc. služby podľa výberu: | Senior Care Galenia | | | |
| Spoločne posudzované osoby žijúce v spoločnej domácnosti so žiadateľom: manžel/ka/, rodičia, deti | | | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer k žiadateľovi | Dátum narodenia | Adresa trvalého bydliska | |
| | | | | |
| | | | | |



| Osoby s vyživovacou povinnosťou: manžel/ka/, rodičia, deti | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|---|
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer k žiadateľovi | Dátum narodenia | Adresa trvalého bydliska Telefónne číslo |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Čo sa nehodí prečiarknite!

| 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 | |

| Platiteľ úhrady za sociálnu službu / prispievateľ: | |
|--|-----------|
| Meno a priezvisko: | |
| Adresa trvalého pobytu: | |
| Rodné číslo: | Číslo OP: |

| Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa, ak bude do zariadenia sociálnych služieb prijatý? | | | |
|--|--|---------|--|
| Meno a priezvisko: | | | |
| Adresa: | | Telefón | |

| Meno, adresa a čestné prehlásenie osoby, ktorá má vypraviť pohreb: | | | |
|---|--|---------|--|
| Meno a priezvisko : | | | |
| Adresa: | | Telefón | |
| | | | |
| Prehlasujem, že v prípade úmrtia žiadateľa: sa postarám o jeho pohreb a všetky náležitosti s tým súvisiace. | | | |



| | |
|---|--|
| Pohrebná služba: | |
| Podpis osoby, ktorá má vypraviť pohreb: | |

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, zariadenia opatrovateľskej služby, alebo do špecializovaného zariadenia. / ak má klient vybavené, stačí kópia /
3. Aktuálne lekárske správy, prepúšťacie správy
4. Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby / overené, originál /

**Senior
Care**

Galenia

Zariadenie
sociálnych služieb

Európsky štandard
starostlivosti

Sídlo:
Senior Care Galanta, n. o.,
Hodská 2378/85
924 01 Galanta
IČO: 45732566

E: info.galenia@seniorcare.sk
T: 421 915 731 374

Odporúčené návštevne hodiny:
Denne 8.00 – 19.00 hod.

www.seniorcare.sk