



ŽIADOSŤ

o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby v zariadení pre seniorov

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:*			Zariadenie pre seniorov	
Forma sociálnej služby:*			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 Kaskády			
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	

Senior Care
Kaskády

Zariadenie pre seniorov

Európsky štandard starostlivosti

Sídlo:
Služby pre seniorov, n. o.
P. Pázmáňa 49/3
927 01 Šaľa
IČO: 45732566

Prevádzka:
Senior Care Kaskády
Kajal-Únovce 623
925 92 Kajal

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

Odporúčané návštevne hodiny:
Denne 8.00 – 19.00 hod.

www.seniorcare.sk

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:			

**Senior
Care**
Kaskády

Zariadenie
pre seniorov

Európsky štandard
starostlivosti

Sídlo:
Služby pre seniorov, n. o.
P. Pázmáňa 49/3
927 01 Šaľa
IČO: 45732566

Prevádzka:
Senior Care Kaskády
Kajal-Únovce 623
925 92 Kajal

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

Odporučené návštevne hodiny:
Denne 8.00 – 19.00 hod.

www.seniorcare.sk

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**

Kaskády

Zariadenie
pre seniorov

Európsky štandard
starostlivosti

Sídlo:
Služby pre seniorov, n. o.
P. Pázmáňa 49/3
927 01 Šaľa
IČO: 45732566

Prevádzka:
Senior Care Kaskády
Kajal-Únovce 623
925 92 Kajal

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

Odporúčené návštevne hodiny:
Denne 8.00 – 19.00 hod.

www.seniorcare.sk