

OBEC CHVOJNICA

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Žiadateľ:

| | |
|--|---------------------------|
| Priezvisko: | Meno: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Rodinný stav: | Štátne občianstvo: |
| Trvalý pobyt: | |
| Číslo občianskeho preukazu: | Číslo telefónu: |
| Poberateľ dôchodku-druh dôchodku: | |
| Zamestnanie: | |

Výber sociálnej služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu, alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku:

| VÝBER SOCIÁLNEJ SLUŽBY: (Križikom označte vybranú možnosť) | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Zariadenie pre seniorov |
| <input type="checkbox"/> | Opatrovateľská služba |
| <input type="checkbox"/> | Zariadenie opatrovateľskej služby |

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov z uvedenia nepravdivých údajov. V zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov dávam svojím podpisom písomný súhlas obci Chvojnica na využívanie mojich osobných údajov uvedených na žiadosti na účely poskytnutia sociálnej služby a sociálnej pomoci.

V dňa:..... Podpis žiadateľa:

Príloha:

Lekársky nález na účely konania o sociálnej službe