Mesto Stupava

Mestský úrad v Stupave, Hlavná 1/24, 900 31 Stupava

Tel.: +421 (2) 6020 0914

e‐mail: sona.tomekova@stupava.sk

ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE PRÍSPEVKU NA PREPRAVU

Žiadateľ:

|  |  |
| --- | --- |
| Priezvisko: | Meno: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Rodinný stav: | Číslo telefónu: |
| Trvalý pobyt: | |

Žiadam o poskytnutie príspevku na prepravu na základe Smernice č. 1/2013 o poskytovaní príspevku na prepravu občanom mesta Stupava.

**Čestne prehlasujem**, že

* mne ani osobám, ktoré sa so mnou spoločne posudzujú (manžel/ka, nezaopatrené deti, zaopatrené deti do 25 rokov) nebol poskytnutý príspevok na kúpu motorového vozidla a nepoberám peňažný príspevok na prepravu,
* všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov z uvedenia nepravdivých údajov.

V Stupave dňa: .............................................

|  |
| --- |
| ........................................................ |
| Podpis žiadateľa |

**Upozornenie o spracovaní osobných údajov:**

Mesto Stupava je v zmysle § 94 a § 94a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov oprávnené získavať a spracúvať osobné údaje v rozsahu a na účely podľa § 94a vyššie uvedeného zákona bez súhlasu žiadateľa.

**Zoznam príloh:**

• posudok, vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa osobitného predpisu

• alebo potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti = str. 2 tejto žiadosti

POTVRDENIE POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚČELY KONANIA VO VECI POSKYTOVANIA

PREPRAVNEJ SLUŽBY

(vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti podľa Zákona č. 578/2004 Z.z. – odborný lekár)

|  |  |
| --- | --- |
| Priezvisko: | Meno: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Rodinný stav: | Číslo telefónu: |
| Trvalý pobyt: | |

Podľa § 42, ods. 3 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 týmto potvrdzujeme, že menovaný/á

má ‐ nemá

nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

V Stupave dňa: ...............................

|  |
| --- |
| ....................................................... |
| Podpis a pečiatka lekára |