ŽIADOSŤ O SOCIÁLNU SLUŽBU – DOVOZ OBEDOV

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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách").

**Žiadateľ (fyzická osoba, ktorej má byť služba poskytnutá**):

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

Žiadam o dovoz obedov na adresu .....................................................................................................

............................................................................................................................................................

Odôvodnenie žiadosti: ........................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

**Dni, v ktorých má byť služba poskytovaná (deň vyznačte symbolom „x"):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pondelok | Utorok | Streda | Štvrtok | Piatok |
|  |  |  |  |  |

Dátum začatia poskytovania dovozu obedov: .................................................................

**Zákonný zástupca žiadateľa, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Adresa trvalého pobytu: |  |
| Telefón alebo mobil: |  |

**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.

**Čestné vyhlásenie žiadateľa**

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

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

|  |
| --- |
| ....................................................... |
| vlastnoručný podpis osoby,  ktorej sa má poskytovať služba  (zákonného zástupcu) |

Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

1. Aktuálne lekárske nálezy (tlačivo „Lekársky nález")
2. Rozhodnutie o dôchodku