

<b>SUBSIDIUM ŠZ a ZpS Rožňava</b>	FRi č.121príloha SRi č. 5	Vydanie	1
	<b>Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby</b>	Zmena	0
		Účinnosť	1. 7. 2026
		Strana	1/2

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“) a v zmysle zákona č. 376/2024 Z. z. o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**1. Fyzická osoba, ktorej má byť zabezpečená sociálna služba (ďalej len žiadateľ)**

titul pred menom	meno	priezvisko	rodné priezvisko	titul za menom
<b>2. Dátum narodenia</b> _____ deň, mesiac, rok			<b>3. Typ telefónu (pager, mobil, fax, pevná linka)</b>	
<b>Rodné číslo</b> _____			<b>4. Telefónne číslo</b>	
			<b>5. Mailová adresa</b>	

**6. Adresa trvalého pobytu** \_\_\_\_\_  
(údaj uvedený v občianskom preukaze)      obec/časť obce      ulica      súpisné/orientačné číslo      PSČ      okres

**Žiadateľ sa nachádza na prechodnej adrese:**

\_\_\_\_\_

obec/časť obce      ulica súpisné/orientačné číslo      PSČ      okres

**7. Rodinný stav**

slobodný (á)	<input type="checkbox"/>	ženatý, vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený (á)	<input type="checkbox"/>	ovdovený (á)	<input type="checkbox"/>
žijem s druhom (družkou)	<input type="checkbox"/>		

**8. Kontaktná osoba** \_\_\_\_\_ **Vzťah so žiadateľom** \_\_\_\_\_

**Telefónne číslo** \_\_\_\_\_ **E- mail** \_\_\_\_\_

**Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov**  
Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Košického samosprávneho kraja, Námestie Maratónu mieru 1, Košice podľa zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tomto bode, a to pre účely zabezpečenia sociálnej služby žiadateľovi uvedeného v bode 1. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby a možno ho kedykoľvek odvolať.

Dňa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ čitateľný vlastnoručný podpis kontaktnej osoby

**9. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ súdom zbavený, prípadne obmedzený spôsobilosti na právne úkony**

\_\_\_\_\_

**10. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú liečbu (ústavnú), ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?**

**áno** (uviesť číslo rozsudku \_\_\_\_\_ vydal \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_)

**nie**

**11. Požadovaný druh sociálnej služby**

<input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie	<input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania
<input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb	<input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko

**12. Forma sociálnej služby:**    pobytová ročná          pobytová týždenná          ambulatná

13. Predpokladaný deň a čas začatia poskytovania sociálnej služby-----

**14. Príjem žiadateľa:**

- starobný dôchodok       vdovský/vdovecký dôchodok       Iný príjem (uviesť aký) \_\_\_\_\_  
 invalidný dôchodok       výsluhový dôchodok       mesačne EUR \_\_\_\_\_

15. Žiadateľ býva:    vo vlastnom dome                          vo vlastnom byte                          v podnájme   

16. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel, manželka, rodičia, deti .....):

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi

**17. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
čitateľný vlastnoručný podpis osoby, ktorej   
má byť zabezpečená sociálna služba   
(zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

**Poznámka:** Podľa § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, **môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.**

**Potvrdenie lekára:** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.

**Pečiatka a podpis lekára**

**18. Zoznam povinných príloh**

- kópia právoplatného integrovaného posudku, ak bol vydaný príslušným Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny,
- kópia právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a posudku o odkázanosti na sociálnu službu (ak bol vydaný vyšším územným celkom),
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannej liečbe, ochrannej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- kópia právoplatného rozsudku súdu (ak bol vydaný) o skončení ochrannej (ústavnej) liečby,
- kópia rozsudku súdu o obmedzení, prípadne zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak bol vydaný); listina o ustanovení opatrovníka,
- potvrdenie lekára v prípade, ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.

Dátum podania žiadosti, pečiatka:

\_\_\_\_\_