

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI OBČANA NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Meno _____ Priezvisko _____
Dátum narodenia _____ Rodné číslo _____
Rodinný stav _____ Štátne občianstvo _____
Trvalý pobyt _____
Číslo OP _____
Poberateľ dôchodku _____ Druh dôchodku _____

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

VÝBER SOCIÁLNEJ SLUŽBY

DRUH

Opatrovateľská služba
Zariadenie pre seniorov
Zariadenie opatrov. služby
Denný stacionár

FORMA

Terénna
Pobytová
Pobytová
Ambulantná

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

V Hlohovci, dňa _____

_____ podpis

Príloha

Lekársky nález na účely konania o sociálnej službe