

**Žiadosť o umiestnenie v Zariadení pre seniorov BENETRIX Martin – Priekopa**

**ŽIADATEĽ**

Priezvisko:		Meno:	
Rodné priezvisko:		Titul:	
Rodné číslo:		ČOP:	ZP:
Dátum narodenia:		Miesto narodenia:	
Kontakt – telefón:			
e-mail:			
Trvalé bydlisko:			
Štátne občianstvo:			
Rodinný stav: *			
<input type="checkbox"/> slobodný/á	<input type="checkbox"/> ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/> rozvedený/á	
<input type="checkbox"/> vdovec/ vdova	<input type="checkbox"/> žije s druhom/družkou		
Pôvodné povolanie:			
Posledný zamestnávateľ:			
Druh dôchodku:		Výška dôchodku mesačne:	
Číslo rozhodnutia:			
Stupeň odkázanosti:		Rozhodnutie:	
Vierovyznanie:			
Obvodný lekár, meno a kontakt:	MUDr.		
Aktuálny stav klienta: (mentálny, fyzický, zdravotný)			

**MANŽEL/MANŽELKA**

Priezvisko:		Meno:		Titul:	
Rodné priezvisko:		Rodné číslo:		ČOP:	
V prípade úmrtia:	Dátum úmrtia:		Miesto úmrtia:		

**POŽADOVANÝ NÁSTUP DO ZPS\***

odkedy - dátum:		<input type="checkbox"/> na dobu určitú do:		<input type="checkbox"/> na dobu neurčitú
-----------------	--	---	--	---

**POŽADOVANÁ DIÉTA\***

<input type="checkbox"/> racionálna	<input type="checkbox"/> diabetická	<input type="checkbox"/> iná, vypíšte
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

\* hodiace sa označte krížikom

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (v prípade zbavenia alebo obmedzenia svojprávnosti alebo na základe plnomocenstva)**

Svojprávnosť klienta obmedzená: *					
<input type="checkbox"/> úplne <input type="checkbox"/> čiastočne (popíšte aké úkony zvláda)					
Vzťah ku klientovi					
Priezvisko:		Meno:		Titul:	
Rodné číslo:			ČOP:		
Adresa trvalého bydliska:					
Adresa kontaktného bydliska (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):					
<b>Kontakt:</b>					
Telefón:					
E-mail:					

**BUDÚCU ZMLUVU O POSKYTOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PODPISUJE:**

- klient  
 horeuvedený zákonný zástupca klienta

**1. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE /povinne vyplniť/**

Vzťah:				
Meno a priezvisko:		ČOP:		
Telefón:		e-mail:		
Adresa:				

**2. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE /povinne vyplniť/**

Vzťah:				
Meno a priezvisko:		ČOP:		
Telefón:		e-mail:		
Adresa:				

**3. PRÍBUZNÝ PRE KONTAKTOVANIE /povinne vyplniť/**

Vzťah:				
Meno a priezvisko:		ČOP:		
Telefón:		e-mail:		
Adresa:				

**V PRÍPADE ÚMRTIA KLIENTA:\***

Želanie žiadateľa	<input type="checkbox"/> pochovanie do zeme	<input type="checkbox"/> spopolnenie
Kontakt na osobu prípadne pohrebnú službu, ktorá má vypraviť pohreb:		

\* hodiace sa označte krížikom

## VYHLÁSENIE O PRAVDIVOSTI ÚDAJOV

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca /meno a priezvisko/.....  
svojím podpisom potvrdzuje, že údaje uvedené v žiadosti o umiestnenie do Zariadenia sociálnych služieb sú pravdivé.

V ....., dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis  
žiadateľa alebo zákonného zástupcu

## SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV:

Žiadateľ alebo jeho zákonný zástupca /meno a priezvisko/.....  
súhlasí so spracovaním osobných údajov klienta poskytnutých Zariadeniu sociálnych služieb podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel uzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby. Zároveň berie na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v platnom znení.

V ....., dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis  
žiadateľa alebo zákonného zástupcu