

OBEC MALINOVÁ

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Žiadateľ:

Priezvisko:	Meno:
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Rodinný stav:	Štátne občianstvo:
Trvalý pobyt:	
Číslo občianskeho preukazu:	Číslo telefónu:
Poberateľ dôchodku-druh dôchodku:	
Zamestnanie:	

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

VÝBER SOCIÁLNEJ SLUŽBY: (Krížikom označte vybranú možnosť)	
☐	Zariadenie pre seniorov
☐	Opatrovateľská služba
☐	Prepravná služba

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov z uvedenia nepravdivých údajov. V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov dávam svojím podpisom písomný súhlas obci Malinová na využívanie mojích osobných údajov uvedených na žiadosti na účely poskytnutia sociálnej služby a sociálnej pomoci.

V dňa: Podpis žiadateľa:

Príloha:

Lekársky nález na účely konania o sociálnej službe