|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zariadenie pre seniorov Dom pokojnej staroby Cífer, Pavetitša 17, 919 43 Cífer | | | | | | |
| **Žiadosť o poskytovanie**  **sociálnej služby** | | |  | | | |
| Telefonický kontakt:  Vedúca zariadenia: 0911 782 134  Sociálny pracovník:0948 482 210  0947 929 812 | | |
| **Osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať**  Meno a priezvisko.............................................................................................................................  Rodné priezvisko /u žien/..................................................................................................................  Dátum narodenia.................................................Miesto narodenia...................................................  Občiansky preukaz číslo............................................ Rodné číslo…...............................................  Štátne občianstvo...............................Národnosť..............................................................................  Trvalý pobyt …..................................................................................................................................  Prechodný pobyt …...........................................................................................................................  Rodinný stav: slobodný /á/ ženatý, vydatá ovdovený /á/ rozvedený /á/  Žije s druhom, s družkou...................................................................................................................  Druh a suma dôchodku mesačne v € ..........................príp. iné príjmy ročne v €..............................  **Osoba, ktorej príjem sa spoločne posudzuje s príjmom osoby, ktorej sa má služba poskytovať**  Meno a priezvisko........................................................................Rodinný stav..................................  Trvalý pobyt …...................................................................................................................................  Prechodný pobyt .................................................................................................................................  **Súdom ustanovený opatrovník**  Meno a priezvisko................................................................................................................................  Trvalý pobyt ….....................................................................................................................................  Prechodný pobyt …..............................................................................................................................  Číslo rozhodnutia o ustanovení opatrovníka........................................................................................  **Stravovanie:** racionálna strava diabetická diéta  Mám záujem byť umiestnený na izbe: 1-posteľovej 2-posteľovej 3-posteľovej  nerozhoduje | | | | | | |
| **Názov poskytovateľa sociálnej služby:** Trnavská arcidiecézna charita, Hlavná 43, 917 01 Trnava  **Miesto poskytovania sociálnej služby:** Zariadenie pre seniorov Dom pokojnej staroby,  Pavetitša 17, 919 43 Cífer  **Druh poskytovanej sociálnej služby:**  Zariadenie pre seniorov Samoplatca  **Forma sociálnej služby:** pobytová, celoročná  **Predpokladaný deň začatia poskytovania soc. služby a čas poskytovania sociálnej služby**:  deň začatia:....................................................... čas:.......................................................... | | | | | | |
| **Hlavná kontaktná osoba/platiteľ časti úhrady** | | | | | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský  pomer | Adresa bydliska | Telef. kontakt domov | Dátum narodenia | | Emailová adresa |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| **Meno, priezvisko, telefón a adresa osoby /inštitúcie/, ktorá má vybaviť pohreb**  ….........................................................................................................................................................  **Spôsob pohrebu:** Uloženie do zeme - na cintoríne v …...................................................................  príp. spopolnenie – miesto uloženia urny ….........................................................  **Názov pohrebnej služby.**................................................................................................................... | | | | | | |
| **Vyhlásenia žiadateľa, príp. súdom ustanoveného opatrovníka, zákonného zástupcu**  1. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.  **Informovanie o spracúvaní osobných údajov**  2. Zariadenie pre seniorov Dom pokojnej staroby Cífer (ďalej len „prevádzkovateľ“) informuje dotknutú osobu v súlade s § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“), že jej osobné údaje (ďalej len: „osobné údaje“) bude spracúvať v súlade s týmto zákonom za účelom poskytovania sociálnej služby (ďalej len „účel“) na právnom základe zákona č. 448/2008 Z.z. v znení neskorších predpisov.  Osobné údaje budú spracúvané iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na jeho splnenie. Po skončení účelu spracúvania budú záznamy s osobnými údajmi vymazané z elektronických médií a dokumenty s osobnými údajmi v listinnej forme budú zlikvidované s výnimkou tých, ktoré musia byť v súlade s platnou legislatívou Slovenskej republiky naďalej uchovávané počas trvania úložnej doby; po jej uplynutí budú tiež zlikvidované.  Osobné údaje nebudú sprístupňované alebo poskytované iným subjektom, s výnimkou prijímateľov v súlade s platnou legislatívou Slovenskej republiky a prípadov zbavenia mlčanlivosti podľa § 79 ods. 3. zákona.  Dotknutá osoba má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať voči ich spracúvaniu, na ich opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania a podať návrh na začatie konania podľa §100 zákona.  Svojím podpisom potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.  V …...................................................., dňa..............................    ...................................................................  podpis žiadateľa  o poskytovanie sociálnej služby  ...................................................................  podpis fyzickej osoby  príp. súdom ustanoveného opatrovník  ...................................................................  podpis kontaktnej osoby/  platiteľa časti úhrady | | | | | | |