

Ž I A D O S Ť o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku	Mesto Spišská Nová Ves Mestský úrad – oddelenie sociálnych vecí Štefánikovo námestie č. 1 052 01 Spišská Nová Ves Odtlačok pečiatky podateľne
--	--

Údaje o žiadateľovi

Meno:	Priezvisko:	Titul:	Štátne občianstvo:
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Rodinný stav:	
Trvalé bydlisko:	Ulica, číslo:	PSČ:	
Prechodný pobyt:	Ulica, číslo:	PSČ:	
Kontaktná osoba:	Tel. číslo:		
Číslo občianskeho preukazu:	Rodné priezvisko:		

A. Forma odberu stravy

Osobne do vlastného obedára	<input type="checkbox"/>
S dovozom obeda do domácnosti	<input type="checkbox"/>

B. Druh stravy z Domova dôchodcov:

<input type="checkbox"/> racionálna	<input type="checkbox"/> diétna
-------------------------------------	---------------------------------

C. Začiatok poskytovania stravovania

Dátum začatia:.....

D. Adresa pre príjem stravy rozvozom

Adresa pre rozvoz stravy	Druh nehnuteľnosti
.....	rodinný dom <input type="checkbox"/>
	byt <input type="checkbox"/> poschodie:.....

E. Údaje o žiadateľovi - príjem

Druh dôchodku:	výška dôchodku:
Iný druh príjmu:	výška príjmu:

F. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave a o potrebe poskytovania sociálnej služby v jedálni

Objektívny nález:	
Vyjadrenie lekára o odkázanosti žiadateľa na dovoz stravy.	
Diagnóza podmieňujúca poskytovanie sociálnej služby v jedálni:	
Dňa :
	Pečiatka a podpis lekára

G. Súhlas dotknutej osoby

podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

V zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov prevádzkovateľom – Mestom Spišská Nová Ves, Radničné námestie č. 1843/7, 052 70 Spišská Nová Ves, IČO: 00 329 614, na účel spracovania žiadosti o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku v rozsahu poskytnutých údajov uvedených v žiadosti o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku a prílohách k žiadosti. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam poskytujúcim stravovanie pre dôchodcov) výhradne na účel súvisiaci so zabezpečením stravovania. Súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytujem na dobu 5 rokov po ukončení spisu. Po uplynutí tejto doby budú osobné údaje zlikvidované. Získané osobné údaje nepodliehajú profilovaniu ani automatizovanému rozhodovaniu.

Dotknutá osoba má právo kedykoľvek svoj súhlas odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

V Spišskej Novej Vsi, dňa

.....
podpis dotknutej osoby

H. Súhlas kontaktnej osoby

podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

V zmysle § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z.z. udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov prevádzkovateľom – Mestom Spišská Nová Ves, Radničné námestie č. 1843/7, 052 70 Spišská Nová Ves, IČO: 00 329 614, na účel spracovania žiadosti o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku v rozsahu poskytnutých údajov uvedených v žiadosti o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku. Súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytujem na dobu 5 rokov po ukončení spisu. Po uplynutí tejto doby budú osobné údaje zlikvidované. Získané osobné údaje nepodliehajú profilovaniu ani automatizovanému rozhodovaniu.

Dotknutá osoba má právo kedykoľvek svoj súhlas odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

V Spišskej Novej Vsi, dňa

.....
podpis dotknutej osoby

I. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á/ právnych následkov z uvedenia nepravdivých údajov, respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti hlásiť zmeny rozhodujúcich skutočností.

Dňa:

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu/opatrovníka

Podľa § 92 ods. 6 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 poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: Potvrdzujem, že žiadateľ si nemôže sám podať žiadosť o poskytnutie stravy pre žiadateľa v dôchodkovom veku.

Dňa :

.....
Pečiatka a podpis lekára

K žiadosti je potrebné doložiť:

- Potvrdenie sociálnej poisťovne o poberaní starobného dôchodku – kópia.
- Potvrdenie poskytovateľa opatrovateľskej služby – v prípade ak je žiadateľovi poskytovaná opatrovateľská služba.