****

**OBEC TRENČIANSKA TURNÁ**

Trenčianska Turná 86, 913 21 Trenčianska Turná

Odtlačok pečiatky zariadenia sociálnych služieb, v ktorom má byť žiadateľovi poskytnutá sociálna služba a dátum podania žiadosti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obec Trenčianska Turná | | |
| Dátum: | RZ | ZH-LU |
| Evidenčné číslo: | Číslo spisu: | |
| Prílohy/listy: | Vybavuje: | |

**Žiadosť o donášku obedov**

**Údaje o žiadateľovi**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno: | Priezvisko: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Adresa trvalého pobytu: |  |
| Adresa prechodného pobytu: |  |
| Číslo OP: | Telefón |
| Štátna príslušnosť: | Rodinný stav: |

**V spoločnej domácnosti so žiadateľom žijú**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Priezvisko, meno | Príbuzenský pomer | Rodinný stav | Počet detí | Kontakt/telefón |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Odôvodnenie žiadosti**

|  |
| --- |
|  |

**Žiadam o zabezpečenie donášky obedov do domácnosti od:**

**Spracovanie osobných údajov žiadateľa:**

Týmto udeľujem podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ako aj nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov súhlas *Obci Trenčianska Turná* so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel uzatvorenia zmluvy o poskytovaní služby, následného poskytovania služby a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

**Vyhlásenie žiadateľa**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

V Trenčianskej Turnej, dňa ........................ ........................................................

podpis žiadateľa/zákonného zástupcu

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

- Rozhodnutie Sociálnej poisťovne o výške starobného, resp. invalidného dôchodku (fotokópia)

# Vyjadrenie lekára

Meno a priezvisko: .............................................. nar.: ..................................

Adresa trvalého pobytu: ......................................

Diagnóza a popis zdravotného stavu:

Žiadateľ je: Žiadateľ žije:

1. mobilný a) osamelo (nemá rod. príslušníkov)
2. čiastočne mobilný b) s rodinnými príslušníkmi, ktorí sú
3. trvalo pripútaný na lôžko → doma → v práci

**Odporúčam – neodporúčam** poskytovanie služby formou donášky obedov.

Dátum: ..................................................

podpis a pečiatka

**Vyjadrenie sociálneho pracovníka obce:**

Dátum: .................................................. Mgr. Tomáš Habánik, PhD.