

Mesto Žarnovica	<i>Záznam:</i> Žiadosť o poskytovanie prepravnej služby	Strana 1/4
		F- 99

A. Údaje o žiadateľovi

Meno a priezvisko, titul	
Dátum narodenia	Rodné číslo
Adresa Trvalého pobytu	
Prechodného pobytu	
Rodinný stav	Telefón
Štátne občianstvo	
Sociálne postavenie	

B. Údaje zákonného zástupcu žiadateľa (vyplňte v prípade, ak žiadateľ, nie je spôsobilý na právne úkony)

Meno a priezvisko, titul	
Adresa Trvalého pobytu	
Prechodného pobytu	
Dôvod zastúpenia	Telefón

C. Odôvodnenie žiadosti

--

D. Rozsah poskytovania prepravnej služby

Uved'te počet požadovaných jász na území mesta Žarnovica za mesiac:
Uved'te počet požadovaných jász mimo územia mesta Žarnovica za mesiac:

Mesto Žarnovica	<i>Záznam:</i> Žiadosť o poskytovanie prepravnej služby	Strana 2/4
		F- 99

E. Príjmy žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb*

Dôchodok/dôchodky žiadateľa: druh, výška dôchodku(ov), dátum priznania:
Iné príjmy žiadateľa (príjmy zo závislej činnosti, podnikania, z prenájmu majetku, prijaté výživné, dávka v hmotnej núdzi, opatrovateľský príspevok, rodičovský príspevok, výnosy z cenných papierov, dávka v nezamestnanosti a iné dávky zo systému sociálneho poistenia a pod.). Druh a výšku príjmu
Príjmy manžela/manželky žiadateľa
Príjmy iných spoločne posudzovaných osôb (najmä príjmy rodičov nezaopatreného dieťaťa, ktoré je žiadateľom)
<small>* žiadateľ predloží doklady o príjme požadované zo strany poskytovateľa sociálnej služby</small>

F. Vyhlásenie žiadateľa

<p>Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo. Som si vedomý(á) právnych následkov, uvedenia nepravdivých údajov ako aj toho, že neprávom prijaté dávky (služby) som povinný(á) nahradiť.</p> <p>Súhlasím s vyžiadaním údajov o mojej osobe potrebných pre poskytovanie prepravnej služby.</p>

V Žarnovici dňa.....

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

K žiadosti je potrebné priložiť nasledovné prílohy (preukazujúce splnenie podmienok žiadateľa na poskytovanie prepravnej služby):

- Posudok vydaný úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia potvrdzujúci odkázanosť žiadateľa na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom.
- Potvrdenie lekára o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa spočívajúcom v obmedzenej schopnosti pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenej schopnosti orientácie (časť G žiadosti)
- Doklady požadované poskytovateľom sociálnej služby na preukázanie výšky príjmov žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb

Mesto Žarnovica	<i>Záznam:</i> Žiadosť o poskytovanie prepravnej služby	Strana 3/4
		F- 99

G . Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Meno a priezvisko, titul:

Rodné číslo:

Trvalý pobyt:

Stav:

Zdravotná poisťovňa:

Vyplní ošetrojúci lekár:

1. Diagnóza a popis zdravotného stavu opatrovaného (celkový vzhľad, stav výživy, telesne postihnutý, chronicky chorý):

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opatrovaný je:

- pohyblivý
- čiastočne pohyblivý (môže na krátko opustiť lôžko)
- nepohyblivý (trvale pripútaný na lôžko)

Záver:

Potvrdzujem / nepotvrdzujem*, že menovaná/ý na základe svojho nepriaznivého zdravotného stavu je odkázaná/ý na prepravnú službu.

V Žarnovici dňa :

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknite

Mesto Žarnovica	<i>Záznam:</i> Žiadosť o poskytovanie prepravnej služby	Strana 4/4
		F- 99

H. Vyjadrenie klientskeho centra, MsÚ Žarnovica

V Žarnovici dňa.....

.....
odtlačok úradnej pečiatky a podpis

I. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov Mestu Žarnovica, so sídlom Námestie SNP 33, Žarnovica, súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti, na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, vyhotovenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

V Žarnovici dňa :

.....
podpis žiadateľa (resp. zákonného zástupcu žiadateľa)