

ŽIADOSŤ O ODBER OBEDOV

Meno a priezvisko žiadateľa(ky)			
Adresa trvalého bydliska			
Dátum narodenia		Rodinný stav	
Číslo obč. preukazu		Telefón, mobil	
Poberateľ(ka) dôchodku – druh			
Výška dôchodku mesačne v euro			
Iný pravidelný mesačný príjem (aký a jeho výška)			
Najbližší príbuzný žiadateľa – Meno a priezvisko			
Adresa bydliska najbližšieho príbuzného žiadateľa			
Príbuzenský pomer		Telefón, mobil príbuzného	
Požadovaný druh odoberanej stravy: (označte, o ktorý druh stravy máte záujem)		1. racionálna	
		2. diabetická	
Dátum začiatku odberu obedov			
Doba na akú sa požaduje odber obedov		1. na dobu neurčitú	
		2. na dobu určitú do _____ (uvedte dátum)	
Požadujete donášku obedov do bytu		ÁNO - NIE	
Adresa pre donášku: ŠAĽA		Č. domu:	Poschodie: Č. bytu:

Podpísaný(á) žiadateľ(ka) žiadam o odber obedov z jedálne pre domov dôchodcov Šaľa. Čestne prehlasujem, že všetky vyššie uvedené údaje som uviedol(a) pravdivo a úplne. Som si vedomý(á), že skreslené alebo nepravdivé údaje budú mať právne následky a rozviazanie zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb.

Dávam Domovu dôchodcov Šaľa výslovný súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých podľa § 13 zákona č.18/2018 Z.z v tejto žiadosti a jej prílohách v informačnom systéme OSS za účelom poskytovania sociálnych služieb. Tento súhlas platí do doby jeho písomného odvolania a možno ho kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 a nasl. zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

PRÍLOHY:

1. Kópia posledného rozhodnutia Sociálnej poisťovne o priznaní a výške starobného dôchodku
2. Ak žiadosť vyplnía zákonný zástupca, prikladá sa k žiadosti kópia rozhodnutia súdu o pozbavení uchádzača spôsobilosti na právne úkony, V prípade ak zdravotný stav žiadateľa neumožňuje podať žiadosť, priloží príbuzný (poverená osoba) o tom potvrdenie ošetrojúceho lekára.

V Šali dňa

podpis žiadateľa

Zákonný zástupca žiadateľa alebo poverená osoba pre podanie žiadosti

(Vyplní sa len ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony alebo nemôže konať vzhľadom na svoj zdravotný stav)

Zákonný zástupca žiadateľa alebo poverená osoba pre podanie žiadosti – Meno a priezvisko			
Adresa trvalého bydliska zástupcu žiadateľa			
Telefón, mobil zástupcu		e-mail zástupcu	

V Šali dňa

podpis zákonného zástupcu
(poverenej osoby)