

7. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby *

I. II. III. IV. V. VI.

* *vyhovujúce zaškrtnite*

8. Údaje zákonného zástupcu:

(vyplní v prípade, ak žiadateľ je pozbavený spôsobilosti na právne úkony)

.....

priezvisko

meno

titul

.....

mesto

ulica, číslo

PSC

.....

telefónne číslo

e-mail

Poznámka: k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

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

Dňa:
.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Hriňová, ul. Partizánska 1612, 962 05 Hriňová a Obci Látka č. 36, 985 45 Látka podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel opätovného posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o opätovnom posúdení na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa:
.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Telefón

045 /5376 333

Internet

www.latky.sk

E-mail

obeclatky@latky.sk