

9. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony:

Meno a priezvisko	Adresa (ulica, číslo domu, PSČ, obec)
tel. kontakt	e-mail

10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním údajov:
V zmysle § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a v zmysle § 94 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon o sociálnych službách) týmto udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Považská Bystrica, na účely sociálnych služieb.

Dňa:
.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

11. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

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

Dňa:
.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Zoznam príloh :

- Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu
- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané

V.....dňa.....Podpis žiadateľa,.....