

Mesto Stará Ľubovňa
Mestský úrad
Oddelenie sociálnych vecí a bytovej politiky
Obchodná 1
064 01 Stará Ľubovňa

Žiadosť o zabezpečenie poskytovania prepravnej služby

1. Žiadateľ/ žiadateľka

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Adresa trvalého pobytu

Adresa aktuálneho pobytu

Telefón E-mail

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony

Meno a priezvisko.....

Adresa trvalého pobytu

Telefón E-mail

3. Máte priznaný peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla alebo peňažný príspevok na prepravu v zmysle zákona č.477/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?

áno

nie

Nehodiace sa prečiarknite

4. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)

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

V dňa
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka

5. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona č. 18/20018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov – GDPR podpisom tejto žiadosti udeľujem svoj súhlas Mestu Stará Ľubovňa so spracovaním osobných údajov v rozsahu, v akom sú poskytnuté v tejto žiadosti na účely vybavenia žiadosti, po dobu vybavenia žiadosti, resp. po dobu platnosti zmluvy uzavretej ako výsledok vybavenia žiadosti v súlade s registratúrnym poriadkom Mesta. Súhlas možno odvolať iba v prípade preukázaného porušenia podmienok spracúvania osobných údajov, za ktorých bol súhlas udelený.

V dňa
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka

Povinné prílohy:

- Posudok vydaný ÚPSVaR fyzickej osobe s ŤZP odkázanej na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom alebo fyzickej osobe s nepriaznivým zdravotným stavom s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie

ALEBO

- Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie prepravnej služby

Meno a priezvisko žiadateľa:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého pobytu:	Telefón:
Žiadateľ/ka <i>má – nemá</i> nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie v súlade so zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z.z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.	

Potvrdzujem, že menovaný/á na základe svojho nepriaznivého zdravotného stavu *je - nie je* odkázaný/á na individuálnu prepravu

- na dobu: určitú oddo
- na dobu neurčitú
- s nutnosťou doprovodu
- bez doprovodu

Dňa:

.....
Pečiatka a podpis poskytovateľa zdravotnej starostlivosti