

# Žiadosť o zápis do registra poskytovateľov sociálnych služieb (PO)

Registračné číslo:  
Verejný poskytovateľ: Áno/Nie

Staré registračné číslo:

<b>Žiadateľ o zápis do registra</b>	
Obchodné meno:	
Právna forma:	
IČO:	
Telefón:	
Fax:	
E-mail:	
Web:	
<b>Sídlo</b>	
Ulica:	
Číslo popisné:	
Obec:	
Okres:	
PSC:	
<b>Štatutárny orgán právnickej osoby</b>	
Meno:	
Priezvisko:	
Titul:	
Dátum narodenia:	
Trvalý (prechodný) pobyt	
Ulica:	
Číslo popisné:	
Obec:	
Okres:	
PSC:	
Telefón:	
Fax:	
E-mail:	
<b>Zodpovedný zástupca za poskytovanie sociálnej služby</b>	
Meno:	
Priezvisko:	
Titul:	
Dátum narodenia:	
Trvalý (prechodný) pobyt	
Ulica:	
Číslo popisné:	
Obec:	
Okres:	
PSC:	
Telefón:	
Fax:	
E-mail:	

## Druh poskytovanej sociálnej služby

Druh (§12 Zákona č. 448/2008 Z.z.):	
Forma (§13 Zákona č. 448/2008 Z.z.):	
Cieľová skupina fyzických osôb:	
Miesto poskytovania sociálnej služby	
Ulica:	
Číslo popisné:	
Obec:	
Okres:	
PSČ:	
Kapacita (pri pobytových službách):	
Predpokladaný deň začatia:	
Čas poskytovania sociálnej služby:	

## Prílohy

- Kópia dokladu preukazujúceho bezúhonnosť fyzickej osoby, ktorá je štatutárnym orgánom právnickej osoby, ktorá žiada o zápis
- Kópia dokladu preukazujúceho bezúhonnosť fyzickej osoby, ktorá je na základe rozhodnutia štatutárneho orgánu právnickej osoby zodpovedná za poskytovanie sociálnej služby
- Kópia dokladu o odbornej spôsobilosti fyzickej osoby, ktorá je štatutárnym orgánom právnickej osoby, alebo
- Kópia dokladu o odbornej spôsobilosti fyzickej osoby, ktorá je na základe rozhodnutia štatutárneho orgánu právnickej osoby zodpovedná za poskytovanie sociálnej služby
- Údaje o priestorových podmienkach
- Údaje o hygienických podmienkach
- Rozhodnutie alebo iný doklad o zápise do registra podľa osobitného predpisu alebo potvrdenie o pridelení identifikačného čísla organizácie
- Štatút organizácie
- Kópia dokladu, ktorý preukazuje, že PO nemá daňové nedoplatky, nedoplatky na poistnom a na penále na sociálne poistenie, na príspevku na starobné dôchodkové sporenie a na poistnom a na penále na verejné zdravotné poistenie
- Rozhodnutie MPSVaR o udelení akreditácie (V prípade poskytovania špecializovaného sociálneho poradenstva, sociálnej rehabilitácie a stimulácie komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím)
- Projektový formulár

## Prehlásenie

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých Košickému samosprávnemu kraju, Námestie Maratónu mieru 1, 042 66 Košice podľa zákona č. 428/2008 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v registri poskytovateľov sociálnych služieb. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2008.

Všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý prípadných následkov, ktoré by pre mňa z nepravdivých údajov vyplývali.

Dátum:

.....  
Podpis žiadateľa