



Spolupráca
Trnavského samosprávneho kraja s
Neuro rehabilitačným centrom v Šoproni

Žiadosť o poskytnutie finančného príspevku na rehabilitačný pobyt
v Neuro rehabilitačnom centre v Šoproni

Meno a priezvisko žiadateľa (zákonný zástupca pacienta)		Číslo žiadosti (nevypĺňať)
Meno a priezvisko pacienta, ktorému je pomoc určená:		Dátum narodenia pacienta:
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo domu):		Mesto/obec, PSČ:
Kraj:		
Telefón (mobil, pevná linka):	E-mail:	
Uveďte názov diagnózy pacienta:		
Lekárska správa pacienta je evidovaná v Neurorehabilitačnom centre Šopron:		
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (ak nie je lekárska správa evidovaná v Neurorehabilitačnom centre Šopron, prosím zabezpečte jej doručenie).		
Stav žiadateľa:	Zamestnanie:	
<input type="checkbox"/> slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý/vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> vdovec/vdova	<input type="checkbox"/> zamestnaný <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> podnikateľ / živnostník <input type="checkbox"/> dôchodca	<input type="checkbox"/> študent <input type="checkbox"/> iné (doplňte)
Počet osôb žijúcich v jednej spoločnej domácnosti: (z toho počet nezaopatrených detí uveďte v zátvorke):		
Priemerný mesačný príjem na osobu: (súčet všetkých príjmov rodiny za mesiac delený počtom členov rodiny):		<input type="checkbox"/> do 200 Eur <input type="checkbox"/> od 200 do 400 Eur <input type="checkbox"/> od 400 do 600 Eur <input type="checkbox"/> nad 600 Eur
Koľko pobytov ste už v Neurorehabilitačnom centre v Šoproni absolvovali:		

Koľkokrát ste získali podporu TTSK (uved'te aj rok podpory):	
---	--

Stručne popíšte Váš súčasný zdravotný stav (Vášho rodinného príslušníka):
Podpisom potvrdzujem, že všetky údaje, ktoré som vo formulári uviedol/la sú pravdivé a presné. V zmysle zákona Slovenskej republiky č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý najmä v § 19-30 upravuje práva dotknutej osoby v oblasti spracovania osobných údajov, vyjadrujem súhlas Trnavskému samosprávnemu kraju, Neuro Rehabilitačnému centru so sídlom Major - kôž 3, Šoproň so spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených vo formulári žiadosti za účelom administrácie. Poskytnutie údajov je dobrovoľné a súhlas je daný na dobu neurčitú. Predkladateľ má právo udelený súhlas kedykoľvek odvolať zaslaním písomného oznámenia.
Dátum:
Podpis žiadateľa:
Poznámka:

Vyplnené a podpísané žiadosti posielajte poštou do 31.03.2020 na adresu:

Úrad Trnavského samosprávneho kraja
 Odbor sociálnych vecí
 Starohájska 10, Trnava, 917 01 Trnava
 Na obálku prosím napíšte - Rehabilitačné centrum Šoproň 2020

alebo na e-mail: [nagyova.daniela@trnava-vuc.sk/](mailto:nagyova.daniela@trnava-vuc.sk) [0335559471](tel:0335559471)