

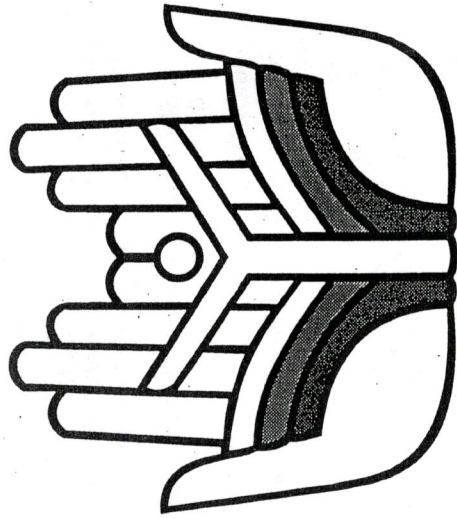
Pre úradný záznam

ZO SZZP:				
registrácia podľa zdravotného postihnutia				
SP	TP	VP	ZP	priateľ
členom SZZP od:			rodič ŤZP dieťaťa	
členský preukaz SZZP vydaný dňa:				

.....
pečiatka a podpis ZO SZZP

Okresná (obvodná) rada SZZP člena zaregistrovala dňa:	
Štatistické evidenčné číslo:	

.....
pečiatka a podpis tajomníka (ObvR) SZZP



SZZP

*Chcete sa stať členom
Slovenského zväzu zdravotne
postihnutých?*

Slovenský zväz zdravotne postihnutých (SZZP) je dobrovoľným občianskym združením zdravotne postihnutých občanov, ako aj ďalších občanov Slovenskej republiky, združujúcich sa na princípoch demokracie, humanity, slobody náboženského presvedčenia, vzájomného porozumenia a spolupráce.

SZZP je nepolitickou organizáciou. Vo svojej práci sa riadi princípmi humanity a charity. Spolupracuje s občianskymi združeniami, s orgánmi štátnej a verejnej správy, so zastupiteľskými zborními, masmédiami, právnickými a fyzickými osobami pri presadzovaní oprávnených požiadaviek zdravotne postihnutých občanov najmä v oblasti sociálnej pomoci, zdravotníctva a spoločenskej i pracovnej integrácie. Vykonáva sociálnu prevenciu, poskytuje sociálne poradenstvo a sociálne služby. Zameriava sa na formy ich riešenia. Ďalej vykonáva programy zamerané na vyhadzovanie, nápravnú, sociálno-rehabilitačnú, rekondično-integračnú a vzdelávaciu činnosť. Neoddeliteľnou súčasťou je terénno-sociálna práca, práca s rodinou a spolupráca s ďalšími zainteresovanými subjektami. Zameriava sa na vytváranie vhodných pracovných, spoločenských a kultúrnych podmienok života zdravotne postihnutých občanov. Spolupracuje s medzinárodnými a partnerskými organizáciami v zahraničí.

SZZP pôsobí na území Slovenskej republiky. Sídлом ústredných orgánov SZZP je Martin, Vajanského námestie č. 1.

1. ČLENOM SZZP SA MÔŽE STAŤ:

- a.) každý občan Slovenskej republiky, ktorý dovŕši vek 15 rokov, bez ohľadu na druh a stupeň postihnutia,
- b.) rodinní príslušníci,
- c.) rodičia zdravotne postihnutých detí,
- d.) občania ochotní pomáhať dobrovoľnou prácou zdravotne postihnutým občanom,
- e.) cudzí štátni príslušníci s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky.

Podmienkou vstupu je súhlas so Stanovami SZZP a Sociálnym programom SZZP, ako aj pravidelné platenie členských príspevkov v schválenej výške.

2. ČLENSZZP MÁ PRAVO:

- a.) voliť a byť volený do orgánov SZZP všetkých stupňov po dovŕšení veku 18 rokov,
- b.) podieľať sa na riadení SZZP priamo, alebo prostredníctvom volených zástupcov,
- c.) predkladať námietky, pripomienky a návrhy týkajúce sa činnosti SZZP,
- d.) slobodne vyjadrovať svoje názory na členských schôdzkach a všetkých zväzových zhromaždeniach,
- e.) podieľať sa na živote a práci SZZP na všetkých stupňoch,
- f.) užívať výhody vyplývajúce z členstva v SZZP,
- g.) byť prítomný na rokovaníach orgánov SZZP, ak sa rokovanie týka jeho osoby.

3. ČLEN SZZP MÁ POVINNOSŤ:

- a.) voliť a konať v súlade so Stanovami a ostatnými základnými dokumentami SZZP,
- b.) zúčastňovať sa pravidelne rokovania členských schôdzok ZO SZZP a podľa možnosti i ostatných aktivít realizovaných SZZP,
- c.) svojou činnosťou v SZZP konať v záujme zdravotne postihnutých občanov,
- d.) platiť členské príspevky SZZP v termínoch a výške uvedených v Smernici o platení členských príspevkov, vydanéj Úradom SZZP.

Príhlaška

za člena Slovenského zväzu zdravotne postihnutých

Príhlasujem sa za člena Slovenského zväzu zdravotne postihnutých a zaväzujem sa plniť jeho Stanovy.

priezvisko, meno, titul:

dátum narodenia:

adresa:

..... číslo telefónu:

vzdelanie:

zamestnanie:

Kategória zdravotného postihnutia - SP, TP, VP, ZP, rodič ŤZP dieťaťa, priateľ

Vznik invalidity, popis zdravotného postihnutia - choroby (od narodenia, úrazom, chorobou, vojnovým zranením a pod.)

V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. zo dňa 3. júla 2002 v znení neskorších predpisov o ochrane osobných údajov dávam občianskemu združeniu - Slovenskému zväzu zdravotne postihnutých - písomný súhlas na spracovávanie mnou uvedených osobných údajov v súlade so Stanovami SZZP a programovými cieľmi SZZP, ako aj internými pokynmi príslušných orgánov SZZP.

Dátum:	Meno, priezvisko a vlastnoručný podpis dotknutej osoby:
--------	---