



Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Pečiatka, dátum podania žiadosti:

1.	Žiadateľ Priezvisko a meno u žien aj rodné	
2.	Dátum narodenia Miesto narodenia (aj okres)	
3.	Adresa pobytu (obec, ulica, číslo, tel., e-mail) Číslo občianskeho preukazu	
4.	Štátne občianstvo	
5.	Rodinný stav	<input type="checkbox"/> slobodný <input type="checkbox"/> ženatý, vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> ovdovený (á) <input type="checkbox"/> žijem s druhom (družkou)
6.	Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie	<input type="checkbox"/> Zariadenie opatrovateľskej služby <input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/> Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/> Denný stacionár
7.	Forma sociálnej služby	<input type="checkbox"/> terénna <input type="checkbox"/> ambulatná <input type="checkbox"/> pobytová <input type="checkbox"/> iná
8.	Pôvodné povolanie a vzdelanie	
9.	Záľuby žiadateľa	
10.	Ak je žiadateľ dôchodca- €/mesačne - druh dôchodku - iné príjmy	
11.	Žiadateľ býva	<input type="checkbox"/> vo vlastnom dome <input type="checkbox"/> vo vlastnom byte <input type="checkbox"/> v podnájme <input type="checkbox"/> u príbuzných Počet obytných miestností
12.	Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb	
12.a)	Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho poskytovania opatrovateľskej služby	

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel(ka), rodičia, vnuci, zať, nevesta

Priezvisko a meno	Príbuzenský pomer k žiad.: :	Adresa:	Kontakt:	Dátum narodenia

14. Manžel(ka), rodičia, deti, vnuci, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti				
Priezvisko a meno	Príbuzenský pomer k žiad.: :	Adresa:	Kontakt:	Dátum narodenia
15.	Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?			
a)	Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina?			
16.	Zákonný zástupca alebo opatrovník, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony:			
	Priezvisko a meno:	Adresa:	Telefón:	
17.	Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, v ktorom			
18.	V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?			
19.	Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka) Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedených nepravdivých údajov Dňa: <div style="text-align: right;">..... Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa zákonného zástupcu, rodinného príslušníka</div>			
20	Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú, najmenej do doby vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§14). Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené §19 - §25 zákona č. 18/2018 Z.z.o ochrane osobných údajov. Dňa: <div style="text-align: right;">..... Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa zákonného zástupcu, rodinného príslušníka</div>			
21.	Zoznam úloh: <ul style="list-style-type: none"> ▪ posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného stavu postihnutia, ak tento bol vydaný ▪ právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak to bolo vydané ▪ obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo,, lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“ 			

Poznámka: Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie a odkázanosti na sociálnu službu.

Dátum

.....

Pečiatka a podpis lekára