

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....Rodné číslo.....

Rodinný stav.....Štátne občianstvo.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

Adresa aktuálneho pobytu.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

Druh dôchodku.....

Výška dôchodku.....

2. Kontaktná osoba

a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....

Bydlisko.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

3. Žiadateľ býva*:

- ☐ Vo vlastnom dome
- ☐ Vo vlastnom byte
- ☐ V podnájme
- ☐ Iné (uved'te).....

Počet obytných miestností.....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....

* hodiace sa zaškrtnite

**4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená* -
je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby:**

- ☐ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- ☐ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- ☐ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- ☐ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

* hodiace sa zaškrtnite

5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby*:

- ☐ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- ☐ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- ☐ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- ☐ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)
- ☐ Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- ☐ Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

* hodiace sa zaškrtnite

6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

.....
.....
.....

Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

.....
.....
.....

7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti):

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

8. Čestné prehlásenie:

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby.

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):

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

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

10. Oboznámenie sa s § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov:

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov.

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

11. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

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

Dňa.....

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Prílohy:

- Kópie lekárskeho správ, lekárskeho nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti