



**Žiadosť
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

1. Žiadateľ :

Meno, priezvisko, titul :

Dátum narodenia :

Adresa trvalého pobytu :

Adresa prechodného pobytu :

Rodinný stav : Štátne občianstvo :

Telefónne číslo : E-mail :

2. Druh sociálnej služby, na ktorú žiadam posúdiť : * hodiace sa podčiarknuť

Opatrovateľská služba

Zariadenie opatrovateľskej služby

Zariadenie pre seniorov

Denný stacionár

3. Forma sociálnej služby : * hodiace sa podčiarknuť

ambulantná

terénna

pobytová

4. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti

Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Dátum narodenia	Adresa pobytu	Telefonický kontakt



5. Čím žiadateľ odôvodňuje svoju žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu ?

6. V prípade, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony :

Meno a priezvisko zákonného zástupcu :

Dátum narodenia :

Rodinný stav :

Adresa pobytu :

Štátne občianstvo :

Telefonický kontakt :

7. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov :

Týmto udeľujem Mestu Vrbové súhlas so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. 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 § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

Súhlasím, aby oprávnený zamestnanec mesta vykonal návštevu v mojej domácnosti pre účely zisťovania a overovania niektorých skutočností, ktoré sú potrebné k sociálnej posudkovej činnosti u žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V....., dňa.....

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(resp. zákonného zástupcu)



8. 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:

- Lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Fotokópie lekárskeho správ nie staršie ako 1/2 roka

Poučenie :

K žiadosti za predpokladu, že Vám boli vydané, priložte nasledovné posudky :

- a) komplexný posudok úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona č. 447/2008 Z.z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby,
- b) posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom)