ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU V ZARIADENÍ PRE SENIOROV

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko (u žien)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dátum narodenia Miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu

Telefonický kontakt E-mail

1. Štátne občianstvo
2. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

|  |  |
| --- | --- |
| slobodný/á | □ |
| ženatý | □ |
| vydatá | □ |
| rozvedený/á | □ |
| ovdovený/á | □ |

ži

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Životné povolanie...............................

Osobné záľuby žiadateľa ..........................................................................................................................

1. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku ............................................................

výška dôchodku .........................................................

1. Forma sociálnej služby:

Pobytová

9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

|  |  |
| --- | --- |
| vo vlastnom dome | □ |
| vo vlastnom byte | □ |
| v podnájme | □ |
| počet obytných miestností ....................... |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby ?  ..................................................................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................................................................. | | |
| 11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta) | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 12. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti: (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta) | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc? | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

14. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu  
v zariadení opatrovateľskej služby, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

Dňa:

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav

môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby.

Dňa:

Pečiatka a podpis lekára

1. V prípade, ak j e žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa zákonného zástupcu

Telefónny kontakt Email

poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

1. Bola žiadateľovi poskytovaná už skôr sociálna služba, prípadne bol už umiestnený v niektorom zariadení

sociálnych služieb?

Áno O v ktorom

aká služba

Nie □

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:

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

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

18. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa § 94a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Dňa:

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa:

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Zoznam príloh

posudok vydaný príslušným Úradom práce, sociálnych veci a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný

právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané

nálezy a správy o priebehu a vývoji choroby, prípadne výpis zo zdravotnej dokumentácie nie starší ako 6 mesiacov alebo obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

V dňa

Overil na základe OP dňa

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ Spišská Belá: .......................................................................