# ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKAZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

# V DENNOM STACIONÁRI

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

8. Forma sociálnej služby: Ambulantná

Telefonický kontakt E-mail ............................

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

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

slobodný/á □

ženatý □

vydatá □

rozvedený/á □

ovdovený/á □

Žije s druhom (s družkou) □

6. Životné povolanie ........................................................................

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

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

výška dôchodku: ............................................................

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

|  |
| --- |
| 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 dennom stacionári?………………………………………………………………………………………………………………………………………………........………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 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? |
|  |
|  |
|  |

1. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti

na sociálnu službu v dennom stacionári, 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 dennom stacionári.

Dňa:

Pečiatka a podpis lekára

1. V prípade, ak je 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 □ 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:

20. Zoznam príloh

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí 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

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

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

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

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

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ Spišská Belá