|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA OPATROVATEĽSKÚ | |
|  |  | SLUŽBU |
| 1 | Žiadateľ |  |
|  | Meno a priezvisko |  |
|  | Rodné priezvisko (u žien) |  |
|  | 2 Dátum narodenia | Miesto narodenia |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| 3 | Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu | |
|  | Telefonický kontakt | E-mail..... |
| 4 | Štátne občianstvo |  |
| 5 | 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......................................................... |  |
| 8 | Forma sociálnej služby: |  |
|  | Terénna |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite): □ vo vlastnom dome □ vo vlastnom byte □ v podnájme  počet obytných miestností | | |
| 10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania 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 opatrovateľskú službu, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

Dňa:

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

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

15. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav

môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na opatrovateľskú službu.

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 opatrovateľskú 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. Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v ............................... potvrdzuje, že žiadateľ:

1. je - nie je poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu
2. je - nie je poberateľom peňažného príspevku na opatrovanie

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

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

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

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

Dňa:

pečiatka a podpis

21. 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)

Overil na základe OP....................................dňa ....................

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