ŽIADOSŤ O OPÄTOVNÉ POSÚDENIE ODKÁZANOSTI

NA SOCIÁLNU SLUŽBU

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa trvalého pobytu.........................................................................PSČ.............................

Telefón Mobil E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Žiadateľ/žiadateľka |  |  |
| Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien)................................................................................................................................................. |  Rodinný stav: |  |
| Dátum a miesto narodenia: RČ: Štátne občianstvo: |  |  |
| Adresa trvalého pobytu ..... |  |  |
| Adresa aktuálneho pobytu........................................................ |  |  |
| Telefón Mobil.....  | Email ............................... |  |

|  |
| --- |
| 3. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ/ka opätovne posúdený/á\*: |
| □ Opatrovateľská služba | □ Zariadenie opatrovateľskej služby |
| □ Zariadenie pre seniorov | □ Denný stacionář |

\* hodiace sa zaškrtnite

1. Forma sociálnej služby\*:
* Terénna □ Ambulantná □ Pobytová
1. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby\*:

□ I. stupeň □ II. stupeň □ III. stupeň

□ IV. stupeň □ V. stupeň □ VI. stupeň

* hodiace sa zaškrtnite
1. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)

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

V , dňa

(podpis žiadate ľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

**7. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Spišská Belá, Petzvalova 18, 059 01 Spišská Belá podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel opätovného posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o 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 zákone č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

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

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

V Spišskej Belej, dňa .......................................

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

**8. Potvrdenie ošetrujúceho lekára**

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

V .........................................dňa ..................................

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

**Povinné prílohy**

> Lekársky nález, posudok, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie