

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu 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

Žijem s druhom ( s družkou).....

6. Životné povolanie:.....

Osobné záľuby žiadateľa:.....

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

výška dôchodku: .....

### 8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

opatrovateľská služba

denný stacionár

zariadenie pre seniorov

zariadenie opatrovateľskej služby

### 9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

ambulantná forma

terénna forma

pobytová forma

**10. Žiadateľ býva ( hodiace sa zaškrtnite):**

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme

**11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby?**

.....

.....

.....

**12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**  
(manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko:

Príbuzenský pomer:

Rok narodenia:

.....

.....

.....

.....

**13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:**  
(manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko:

Príbuzenský pomer:

Rok narodenia:

.....

.....

.....

.....

**14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytnúť žiadateľovi pomoc?**

.....

.....

.....

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

.....  
Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**16. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:**

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ.....vzhľadom na svoj zdravotný stav môže / nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

**17. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko: .....

Adresa zákonného zástupcu: .....

Telefónny kontakt: .....E- mail: .....

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

**18. Bola žiadateľovi už skôr poskytnutá sociálna služba alebo bol umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?**

Áno  v ktorom: .....

aká služba: .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:  
.....

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

V zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obce Tovarné. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe ( zariadeniam sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti Obce Tovarné ) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. 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.

Dňa.....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**20. 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)

**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
- 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)