

ŽIADOSŤ

o posúdenie odkázanosti na opatrovateľskú službu

v zmysle 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 v znení neskorších
predpisov



1. údaje o žiadateľovi: (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

titul	meno	priezvisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
deň, mesiac a rok narodenia		
<input type="text"/>		
rodinný stav	štátne občianstvo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	tel. kontakt	<input type="text"/>
	e-mail	<input type="text"/>
adresa trvalého pobytu		
<input type="text"/>		
<i>ulica a číslo, obec (mesto), PSČ</i>		
adresa prechodného pobytu		
<input type="text"/>		
<i>ulica a číslo, obec (mesto), PSČ</i>		

2. forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený:

terénna sociálna služba

3. doplňujúce údaje o žiadateľovi:

životné povolanie	druh dôchodku <i>(ak je žiadateľ jeho poberateľom)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>(starobný, predč. starobný, vdovský, vdovecký, invalid., sirotský)</i>
osobné záľuby	
<input type="text"/>	
žiadateľ býva vo vlastnom <i>(vyznačte symbolom "X")</i>	počet obytných miestností
	domo byte v podnájme
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby?

4. údaje o rodinných príslušníkoch žiadateľa:

a) osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

meno, priezvisko	príbuz. pomer	rok narodenia	tel. kontakt *

b) osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

meno, priezvisko	príbuz. pomer	rok narodenia	tel. kontakt *

* vhodné uviesť z dôvodu dohodnutia termínu návštevy za účelom vyhotovenia sociálneho posudku zo strany príslušného orgánu

c) prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?

5. udelenie súhlasu:

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

6. 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

7. potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na soc. službu

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára

8. zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony:

meno, priezvisko

adresa (ulica, číslo domu, PSČ, obec)

tel. kontakt

e-mail

poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť (napr. rozsudok okresného súdu o zbavení spôsobilosti na právne úkony).

9. 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 Raková. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z.z.. 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.

10. čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:

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

v

dňa

.....
podpis žiadateľa alebo jeho zák. zástupcu

K žiadosti je potrebné doložiť potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo výpisy zo zdravotnej dokumentácie nie staršie ako šesť mesiacov alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave. Žiadateľ ďalej doloží posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný, posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný a právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané.