ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko (u žien) ..... Rodné číslo.....

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 zakrúžkujte):

a) slobodný/á

b) ženatý

c) vydatá

d) rozvedený/á

e) ovdovený/á

f) Žije 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 zakrúžkujte):

a) opatrovateľská služba

b) sociálna služba v zariadeniach sociálnych služieb

9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zakrúžkujte):

a) ambulantná forma

b) terénna forma

c) pobytová forma (denná, týždenná, celoročná)

10. Žiadateľ býva (hodiace sa zakrúžkujte):

a) vo vlastnom dome

b) vo vlastnom byte

c) v podnájme

počet obytných miestností .....

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby?

.....

.....

.....

.....

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať 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 ošetrujúceho 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..... Email.....

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

18. 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:

.....

19. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

.....

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.
Súhlasím so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti podľa zákona NR SR č. 18 /2018 Z.z. o ochrane osobných údajov o zmene a doplnení niektorých zákonov a vyhlasujem, že všetky tieto údaje, ktoré som vyššie uviedol/a sú pravdivé a som si vedomý/á, že prípade uvedenia nesprávnych údajov nesiem zodpovednosť za vzniknuté právne následky.
Dňa: .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

21. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Čestne vyhlasujem, že som nepožiadal/a a ani nepoberám peňažný príspevok na osobnú asistenciu a nikto z rodinných príslušníkov nepožiadal ani nepoberá peňažný príspevok za zaopatrovanie, zároveň vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov respektíve oznamovacej povinnosti.

Dňa: .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

22. Zoznam príloh (čo sa nehodí prečiarknite):

- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou, mestom, alebo vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný
- rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou, mestom, alebo vyšším územným celkov, ak toto bolo vydané
- 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
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o poberaní dôchodku
- ostatné príjmy žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb

V ..... dňa .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Overil na základe OP ..... dňa .....

Meno a priezvisko zamestnanca OcÚ ....

Kontakty na príbuzných žiadateľa, ktorí budú súčinní pri riešení žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (pre prípad, že nie je možné skontaktovať sa so žiadateľom):

Meno a priezvisko:.....

Adresa:.....

Telefón:..... E-mail:.....

Meno a priezvisko:.....

Adresa:.....

Telefón:..... E-mail:.....

Meno a priezvisko:.....

Adresa:.....

Telefón:..... E-mail:.....

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona c. 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 posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoby uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

I. Anamnéza:

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška:	Hmotnosť:	BMI (body mass index):
Krvný tlak:	Pulz:	
Habitus:		
Orientácia:		

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

II A*

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabetes dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález

II. B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko – rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ..... dňa .....

.....
Podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval pečiatka:

V zmysle § 8 písm. u) zákona c. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona c. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.
Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V ..... dňa .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka), ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu