



**ŽIADOSŤ
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

Pečiatka mesta

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko (u žien)

2. Dátum narodenia **Rodné číslo**

Adresa trvalého pobytu

PSČ

3. Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu

..... PSČ

Telefonický kontakt.....

Email

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

Opatrovateľská služba

Prepravná služba

zariadenie pre seniorov

.....

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

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 pomoc?

.....

.....

.....

15. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám (samá) 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

Telefón Email

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, prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený):
.....

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

(domu seniorov)

.....

.....

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

V Turzovke

.....
Pečiatka a podpis lekára

22. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Podľa § 13 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 mesta Turzovka 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.

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
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

23. 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
- posudkovým lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo "Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu"

V Turzovke dňa

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

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ v Turzovke

