



Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ		
.....
meno	priezvisko	titul
2. Dátum narodenia:		
3. Adresa trvalého pobytu		
.....
obec	ulica, číslo	PSC
..... Aktuálny pobyt (miesto, kde sa žiadateľ v súčasnosti zdržiava)		
4. Kontakty na žiadateľa:		
Telefón:		
E-mail:		
Kontakt na príbuzných:		
5. Štátne občianstvo:		
6. Rodinný stav (hodiace označte):		
<input type="radio"/> slobodný(á)	<input type="radio"/> rozvedený(á)	
<input type="radio"/> ženatý	<input type="radio"/> ovdovený(á)	
<input type="radio"/> vydatá		
Žijem s druhom (s družkou)		
7. Životné povolanie a osobné záujmy:		
.....	
životné povolanie		osobné záujmy žiadateľa
8. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku:		
9. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace označte)		
<input type="radio"/> Domáca opatrovateľská služba	<input type="radio"/> Zariadenie opatrovateľskej služby	
<input type="radio"/> Zariadenie pre seniorov	<input type="radio"/> Denný stacionár	
10. Forma sociálnej služby (hodiace označte)		
<input type="radio"/> terénna	<input type="radio"/> týždenný pobyt	<input type="radio"/> denný pobyt
<input type="radio"/> ambulatná	<input type="radio"/> celoročný pobyt	
11. Žiadateľ býva (hodiace označte)		
<input type="radio"/> vo vlastnom dome	počet obytných miestností	
<input type="radio"/> vo vlastnom byte	počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti	
<input type="radio"/> v podnájme		

12. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Tel. kontakt

14. rodinní príbuzní nežijúci so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Tel. kontakt

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

16. Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina?

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

.....
Meno a priezvisko

.....
Adresa zákonného zástupcu

.....
Telefón

.....
E-mail

18. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?

- Áno v ktorom
- Nie
- Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby:

19. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?

- Áno
- Nie

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

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v bode 13, 14 a 15 sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z.z.o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem súhlas Obce Bátka so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti, ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel spracúvania sociálnej agendy v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené §19 - §25 zákona č. 18/2018 Z.z.o ochrane osobných údajov.

Dňa

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

21. Zoznam príloh (hodiace označte)

- komplexný 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
- 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“

Poznámka: Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára