

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU V
ZARIADENÍ OPATROVATELSKEJ SLUŽBY**

1. Žiadateľ/ka

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko

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

6. Životné povolanie/ zamestnanie.....

Osobné záľuby žiadateľa/ky.....

7. Ak je žiadateľ/ka dôchodca:

druh dôchodku

výška dôchodku

8. Forma sociálnej služby:

Pobytová

9. Žiadateľ/ka býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností

10. Čím žiadateľ/ka odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby ?

.....
.....
.....

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

| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
|-------------------|-------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

12. Ostatní príbuzní žijúci mimo spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
|-------------------|-------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi/ke pomoc?

.....
.....
.....

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

Meno

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ky

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav môže/nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby.

Dňa:

.....
Pečiatka a podpis lekára

16. V prípade, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa zákonného zástupcu

Telefónny kontakt..... Email.....

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

17. Bola žiadateľovi/ke 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:

.....

18. Poučenie dotknutej osoby so spracovaním údajov:

Obec Spišská Teplica spracúva osobné údaje uvedené v tejto žiadosti podľa § 94a 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. Spracovanie osobných údajov poskytovateľom sociálnej služby je 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 (GDPR) a je v súlade s ustanovením § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dňa

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

19. Čestné vyhlásenie žiadateľa/ky (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti

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

Dňa:

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

20. 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
- nálezy a správy o priebehu a vývoji choroby, prípadne výpis zo zdravotnej dokumentácie nie starší ako 6 mesiacov alebo obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“.

V dňa

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

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko a podpis zamestnanca OcÚ Spišská Teplica