

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....

Rodinný stav.....Štátne občianstvo.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

Adresa aktuálneho pobytu.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

Druh dôchodku.....

Výška dôchodku.....

2. Kontaktná osoba

a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....

Bydlisko.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

3. Žiadateľ býva*:

- Vo vlastnom dome
- Vo vlastnom byte
- V podnájme
- Iné (uved'te).....

Počet obytných miestností.....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....

* hodiace sa zaškrtnite

**4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená* -
je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby:**

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

* hodiace sa zaškrtnite

5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby*:

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

* hodiace sa zaškrtnite

6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

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

Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

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

7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti):

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

8. Čestné prehlásenie:

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby.

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)**9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)**10. Súhlas so spracovaním osobných:**

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmena a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obce Smolenice, ul. SNP 52, 919 04 Smolenice. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam soc. služieb, zariadeniam opatrovateľskej služby atď.) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní, doručeného Obci Smolenice. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v ustanovení § 28 zákona o ochrane osobných údajov.

Dňa.....

.....
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

11. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

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

Dňa.....

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Prílohy:

- Kópie lekárskeho správ, lekárskeho nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Kópia rozhodnutia o výške dôchodku
- Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)

Ak sú vydané aj:

- Kópia komplexného posudku vydaného po roku 2009 príslušným ÚPSVaR na účely kompenzácie dôsledkov ŤZP
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom

Lekársky nález na účely konania vo veciach posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

podľa § 49 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. **(Lekársky nález vypracováva zmluvný lekár žiadateľa)**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia: r.č.

Bydlisko:

I. Anamnéza:

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

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška: **Hmotnosť:** **BMI:** **TK:** **P:**
(body mass index) (krvný tlak) (pulz)

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie:

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 diabete 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.

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, fyziatrisko-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.

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

V Smoleniciach dňa

podpis a pečiatka lekára, ktorý
lekársky nález vypracoval

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