

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 a výška dôchodku.....

Iný

príjem.....

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 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)

Forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená* -

- denný pobyt
- týždenný pobyt
- celoročný pobyt
- terénna

* 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. Pôvodné povolanie a vzdelanie

.....

7. Záluby žiadateľa

.....
.....

8. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

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

9. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

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

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

12. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

Áno, v ktorom

.....

Nie.

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

.....
.....

14. 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.

V.....dňa.....

.....

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

15. 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.

V.....dňa.....

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

16. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Žiadateľ ako dotknutá osoba v súlade s ustanovením § 11 ods. 1 a 2 zákona 122/2013 Z. z., o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“), poskytuje Obci Lipové ako prevádzkovateľovi súhlas so spracovaním všetkých v tejto žiadosti uvedených osobných údajov dotknutej osoby a to za účelom bezpečnej a zámenu vylučujúcej identifikácie dotknutej osoby s tým, že je oprávnený tento súhlas písomne odvolať v prípade preukázateľného porušenia zákona zo strany prevádzkovateľa. Doba platnosti súhlasu sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby. Prevádzkovateľ týmto prehlasuje, že osobné údaje dotknutej osoby bude spracovávať plne v súlade s ustanoveniami zákona.

V.....dňa.....

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

17. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

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

V.....dňa.....

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára