|  |
| --- |
| **OBEC Štôla**  **059 37 Štôla 29** |
|  |
| **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 (uveďte)...............................................................................................................  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. Súhlasím ako dotknutá osoba so spracovaním mojich osobných údajov pre účely posúdenia:**  Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú 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, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.  Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle [www.osobnyudaj.sk/informovanie](http://www.osobnyudaj.sk/informovanie), ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa. |
| 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 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 ošetrujúceho 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. |
| Dňa.................................. ............................................................  Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára |

**Prílohy:**

* Kópie lekárskych správ, lekársky 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