



Obec Michalová

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien).....
Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Adresa aktuálneho pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....
Štátne občianstvo.....Národnosť.....Číslo obč. preukazu.....
Druh dôchodku.....

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....

3. Rodinný stav*:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Slobodný (á) | <input type="checkbox"/> Rozvedený (á) |
| <input type="checkbox"/> Ženatý | <input type="checkbox"/> Ovdovený (á) |
| <input type="checkbox"/> Vydatá | <input type="checkbox"/> Žijem s druhom (s družkou) |

* hodiace sa zaškrtnite

4. Žiadateľ/ka býva*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom dome | <input type="checkbox"/> V podnájme |
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom byte | <input type="checkbox"/> Iné (uved'te)..... |
| Počet obytných miestností..... | Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti..... (okrem žiadateľa/ky) |

* hodiace sa zaškrtnite

5. 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

6. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ/ka želal/a byť umiestnený/á:
(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

7. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedená sociálna služba*:

- 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)
- Iné (uveďte).....
- Neposkytuje sa mi žiadny druh sociálnej služby

* hodiace sa zaškrtnite

8. Čím žiadateľ/ka odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

.....
.....

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

9. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa/ku:

.....
.....

| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia | Kontakt |
|-------------------|-------------------|---------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa/ky
(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia | Kontakt |
|-------------------|-------------------|---------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

12. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)

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

V, dňa.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

13. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z.z.o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem súhlas Obci Michalová, Trosky 1, 976 57 Michalová, 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 zo strany obce. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (Sociálna poisťovňa, Slovenská pošta, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Okresný súd, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním sociálnych služieb. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§14).

V, dňa.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

14. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

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

V, dňa.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Povinné prílohy

- Lekársky nález, posudok, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie

Zoznam príloh (ak boli vydané)

- Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)
- Kópia komplexného posudku vydaného ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona 447/2008 Z.z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou/mestom/VÚC

