

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.



OBEC BÁNOV
Hviezdoslavova 34
941 01 Bánov
Tel. č.: 035/6571142

1. Žiadateľ (fyzická osoba, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu):

Meno a priezvisko, titul:	
Dátum a miesto narodenia:	
Rodné číslo:	
Číslo OP:	
Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, PSČ, obec):	
Adresa pre zasielanie korešpondencie:	
Štátne občianstvo:	
Rodinný stav:	
Sociálne postavenie:	
Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku: Výška dôchodku:	
Kontakt:	☎: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/>

2. Údaje zákonného zástupcu (vyplní sa v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony)

Meno a priezvisko, titul:	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo domu, PSČ, obec):	
Kontakt: Telefón: E-mail:	

3. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený (§ 80 písm. e) :

Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku: (výber označte ✕)	Domáca opatrovateľská služba	
	Zariadenie pre seniorov	
	Zariadenie opatrovateľskej služby	
	Denný stacionár	
	Iné	

4. Forma sociálnej služby (výber označte ✕) :

Ambulantná:			
Terénna:			
Pobytová:			

5. Doplnujúce údaje o žiadateľovi:

Žiadateľ žije - sám (výber označte ✕)	s partnerom		s dieťaťom / deťmi		Iné:
Bytové podmienky: žadateľ býva	vo vlastnom		dome		v podnájme
			byte		
u príbuzných:					

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

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – tel.č. ☎

7. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta ...) :

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – tel.č. ☎

8. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

--

9. Odôvodnenie, prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc:

10. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy?

11. Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich vyššie uvedených osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Bánov, Hviezdoslavova 34, 941 01 Bánov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré uvádzam na účely tejto žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a k poskytnutiu alebo zabezpečeniu poskytovania sociálnej služby obcou. V zmysle § 94a zákona o sociálnych službách súhlasím s ich poskytovaním inej osobe.

Tento súhlas poskytujem na dobu neurčitú, a preto ho môžem kedykoľvek odvolať písomným oznámením, doručeným obci alebo zariadeniu, v ktorom mi budú poskytovať sociálnu službu. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 22 až § 28 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov.

V dňa

Podpis žiadateľa (zákonného zástupcu):

12. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti
(§ 39 zákona č. 122/2003 Z. z. o správnom konaní) a podpis žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

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

V dňa :

Podpis žiadateľa (zákonného zástupcu) :

13. 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, 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/ka vzhľadom na svoj nepriaznivý zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas: Meno, priezvisko a príbuzenský pomer

Dátum:

.....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Zoznam príloh k žiadosti:

- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „**Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**“
- **kópie zdravotných nálezov nie staršie ako 6 mesiacov** (napr. prepúšťacia správa z nemocničného zariadenia, správa odborného lekára, zdravotný nález zmluvného lekára), zo zdravotnej dokumentácie žiadateľa
- fotokópia posledného **rozhodnutia o výške dôchodku**, ak žiadateľ je poberateľom dôchodku
- posudok vydaný ÚPSVR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom, ak bolo vydané
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané