

**O B E C   B á n o v**

**ŽIADOSŤ  
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU  
A  
LEKÁRSKY NÁLEZ**

Adresa:

Obecný úrad Bánov, Hviezdoslavova č. 34, 941 01 Bánov

Tel.: 035/6571142

**1/ Údaje o fyzickej osobe (žiadateľovi), ktorej sa má poskytovať sociálna služba:**

Meno a priezvisko, titul:		
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Číslo OP:
Adresa trvalého pobytu:		
Adresa prechodného pobytu:		
Rodinný stav:	Štátne občianstvo:	
Sociálne postavenie:		

**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:
Dôvod zastúpenia:

**3/ Druh sociálnej služby, na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:**

**A.) Poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek.**

- B.) zariadenie pre seniorov
- C.) domov sociálnych služieb

**Forma sociálnej služby ( hodiace sa zaškrtnite)**

- D.) denný pobyt
- E.) týždenný pobyt
- F.) celoročný pobyt

**B.) Domáca opatrovateľská služba ( ďalej len opatrovateľská služba )**

**G. Opatrovateľská služba**

**Forma sociálnej služby**

Terénna sociálna služba sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí.

**4/ Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku .....**

**5/ Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby**

**6/ Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy?**

**7/ Vyhlásenie žiadateľa**

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

V ..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa  
(resp. zákonného zástupcu žiadateľa)

**8/ Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Bánov, Hviezdoslavova 34, 94101 Bánov podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.  
Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona číslo 428/2002.

V ..... dňa : .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

**9/ Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

V ..... dňa : .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára