|  |
| --- |
| **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |

v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** | | |
| **Meno a priezvisko**..................................................................................................................  **Rodená** ................................................................................................................................. | | |
| **Dátum narodenia**.........................................R.Č....................................................................  **Rodinný stav**.......................................................**Štátne občianstvo**......................................  **Adresa trvalého pobytu**...............................................................................**PSČ**..................  **Adresa aktuálneho pobytu**....................................................................................................  **Telefón**.........................................................**Mobil**.................................................................  **E-mail**......................................................................................................................................  **Druh dôchodku**......................................................................................................................  **Výška dôchodku**.................................................................................................................... | | |
|  | | |
| **2. Kontaktná osoba, 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, bydlisko** | **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  (v prípade, ak je žiadateľ obmedzený spôsobilosti na právne úkony–čitateľný vlastnoručný podpis zákonného zástupcu) |  |  | | --- | | **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  (V prípade, ak je žiadateľ obmedzený spôsobilosti na právne úkony –  Čitateľný vlastnoručný podpis zákonného zástupcu) |  |  | | --- | | **10.** 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 | |