|  |
| --- |
| **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
 |