|  |  |
| --- | --- |
| **Ž I A D O S Ť****o posúdenie odkázanosti****na sociálnu službu**v zmysle zákona č.448/2008 Z.z, o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov |  |

|  |
| --- |
| **Žiadateľ** (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená) |
| **Titul:**  | **Meno:** | **Priezvisko:** |
| **Rodné číslo:**  | **Dátum narodenia:** |
| **Adresa trvalého pobytu:**  |
| **Adresa prechodného pobytu:** |
| **Tel. kontakt** (príp. kontaktná osoba)**:**  | **Štátne občianstvo:** |
| **E-mail:**  | **Rodinný stav:** |

|  |
| --- |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite)**:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Opatrovateľská služba |  |
| Zariadenie pre seniorov |  |
| Zariadenie opatrovateľskej služby |  |
| Denný stacionár |  |

  |

|  |
| --- |
| **Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite)**:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| terénna |  |
| pobytová |  |
| ambulantná |  |

  |

|  |
| --- |
| **Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony** (nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť napr. rozsudok okresného súdu o zbavení spôsobilosti na právne úkony)**:** |
| Meno a priezvisko:  |
| Adresa zákonného zástupcu:  |
| Tel. kontakt: | E-mail: |

**Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**

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

V ...................................................................... dňa ......................................................

 .........................................................................

 **podpis žiadateľa** (zákonného zástupcu)

|  |
| --- |
| Pri podávaní a vybavovaní žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu prichádza k spracovaniu údajov **prevádzkovateľom**, ktorým je **obec** ......................................................................................................so sídlom ........................................................................................... IČO: ........................................................Všetky podrobné informácie k spracovaniu osobných údajov nájdete na webovej stránke príslušnej obce. |

**Prílohy ku žiadosti o posúdenie odkázanosti:**

|  |
| --- |
| **1.** K žiadosti je **potrebné doložiť** **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** alebo výpisy zo zdravotnej dokumentácie nie staršie ako šesť mesiacov alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave. **2.** Žiadateľ ďalej doloží **posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný, posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný a právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony a listina o ustanovení za opatrovníka, ak toto bolo vydané,** rozhodnutie súdu o uložení ochranného liečenia, ochrannej výchovy, ochranného dohľadu alebo umiestnenie v detenčnom ústave, ak toto bolo vydané. **3**. V prípade, že žiadateľom o posúdenie odkázanosti je cudzinec, ktorý je občan členského štátu Európskej únie, ktorý je zmluvnou stranou dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarskej konfederácie, má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa §45a a §45c zákona č. 48/2002 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a je zamestnaný alebo študuje na štátom uznanej škole na území Slovenskej republiky - doloží aj povolenie príslušného orgánu na pobyt a potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy. **4.** Slovák žijúci v zahraničí, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky v priebehu jedného kalendárneho roka nepretržite aspoň 180 dní, splnenie podmienky pre účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu je povinný preukázať na účely trvania nárokov získaných podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách každý kalendárny rok. 5. Ak je žiadateľ maloletý, doložiť fotokópiu rodného listu maloletého a v prípade, že sú rodičia maloletého rozvedení, doložiť kópiu rozsudku komu z rodičov bol maloletý zverený do výchovy. |

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

**o  zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada**

**o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 92 ods. 7 zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

**Meno, priezvisko,titul:** .................................................................................................................

**Dátum narodenia:** .........................................................................................................................

**Rodné číslo:** .................................................................................................................................

**Adresa trvalého (prechodného) pobytu:** .......................................................................................

**I. Anamnéza:**

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):

b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

**III. Diagnóza:**

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

**IV. Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:**

**V. Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):

V..................................................................., dňa: ......................................

...............................................................

  **podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky**