**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. § 92 ods. 2 a 7**

|  |
| --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** |
| Meno a priezvisko: .................................................................................................................. |
| Dátum narodenia: ....................................................................................................................  Rodinný stav: ..................................................... Štátne občianstvo: ......................................  Adresa trvalého pobytu: ............................................................................. PSČ: ...................  Adresa aktuálneho pobytu: ......................................................................................................  Telefón: ........................................................ Mobil: ...............................................................  E-mail: .....................................................................................................................................  Druh dôchodku: .......................................................................................................................  Výška dôchodku: ..................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **2. Kontaktná osoba a/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  □ **i**né  (uveďte)...............................................................................................................  Počet obytných miestností:......................................................................................  Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti:....................................................... |

|  |
| --- |
| **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) |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **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** | **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  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **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  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**  Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa čl. 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov. |
| Dňa ........................................................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **11.** 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.