

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU
V ZARIADENÍ OPATROVATEĽSKEJ SLUŽBY**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko (u žien)

2. Dátum narodenia Miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu

3. Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu

.....

Telefonický kontakt E-mail

4. Štátne občianstvo

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou)

6. Životné povolanie.....

Osobné záľuby žiadateľa.....

7. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku:

výška dôchodku

8. Forma sociálnej služby:

Pobytová

9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností

10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby ?

.....

.....

.....

11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

12. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?

.....

.....

.....

14. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

.....

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby.

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára

16. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko

Adresa zákonného zástupcu.....

Telefónny kontakt Email.....

poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

17. Bola žiadateľovi poskytovaná už skôr sociálna služba, prípadne bol už umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

Áno

aká služba

v ktorom zariadení.....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:

.....

19. Vyhlásenie žiadateľa

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Zoznam príloh

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané
- nálezy a správy o priebehu a vývoji choroby, prípadne výpis zo zdravotnej dokumentácie nie starší ako 6 mesiacov alebo obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

V dňa

.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Overil na základe OP dňa

Meno a priezvisko zamestnanca OcÚ Holumnica

Bližšie informácie o spracúvaní Vašich osobných údajov nájdete na webovej stránke prevádzkovateľa www.obecholumnica.sk alebo osobne na OcÚ Holumnica