



OBEC KRUŠOVCE – Obecný úrad
Štefánikova 129, 956 31 Krušovce

ŽIADOSŤ
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU
SLUŽBU
A
LEKÁRSKY NÁLEZ

(v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene
a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení
neskorších predpisov)

Adresa:

Obec Krušovce – Obecný úrad, Štefánikova 129, 956 31 Krušovce
Tel. č.: 038/5 311 530, fax. č: 038/5 311 140, e-mail: obec@krusovce.sk

1. Žiadateľ

meno a priezvisko:
rodné priezvisko:
titul:

2. Dátum narodenia: č. obč. preukazu:
rod. číslo:

3. Adresa:

trvalého pobytu:
PSC: okres:
Telefón: e-mail:

Prechodný pobyt:

4. Štátne občianstvo:

5. Rodinný stav:

6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:

7. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba?

Aká, od kedy, do kedy?

.....
.....

8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (zakrúžkujte)

Zariadenie pre seniorov
Zariadenie opatrovateľskej služby
Domov sociálnych služieb
Špecializované zariadenie
Opatrovateľská služba
Iné /odľahčovania služba/

9. Forma sociálnej služby

Ambulantná
Terénna
Pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)

10. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony

Zákonný zástupca:
Meno a priezvisko:
Adresa: PSC:
Telefón: e-mail:

11. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený

ťažké zdravotné postihnutie
nepriaznivý stav
dovŕšenie dôchodkového veku

12. Súhlas so spracovaním osobných údajov žiadateľa

V zmysle §11 zákona 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti.

13. Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som Si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V dňa

.....
vlastnoručný podpis

Poučenie:

- 1/ Ak žiadateľ nie vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba
- 2/ Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave** fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
- 3/ Žiadateľ doloží aktuálne rozhodnutie sociálnej poisťovne o výške poberania dôchodku a **potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok (výška dôchodku) žiadateľa**
- 4/ Žiadateľ ďalej doloží posudok vydaný Úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely **kompensácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný inou obcou alebo VUC, ak bol tento vydaný a právoplatné **rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony** ak bolo toto vydané