

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### Žiadateľ

**1. Meno a priezvisko** (u žien aj rodné) .....  
(posudzovanej osoby)

**Meno a priezvisko** (zákonného zástupcu/opatrovníka) .....

**2. Dátum a miesto narodenia** .....

**3. Adresa trvalého pobytu** .....

**Telefón** ..... **E-mail** .....

**4. Štátne občianstvo** ..... **Č. obč. preukazu** .....

**5. Rodinný stav** (hodiace sa zaškrtnite) :

slobodný (á)

rozvedený (á)

ženatý

ovdovený (á)

vydatá

Žijem s druhom (s družkou) .....

**6. Povolanie** .....

Osobné záujmy žiadateľa .....

**7. Druh dôchodku** (v prípade, ak žiadateľ poberá dôchodok) .....

**8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite)

Opatrovateľská služba

Denný stacionár

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

**9. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?** (ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

**10. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)**

- terénna  týždenný pobyt   
ambulantná  celoročný pobyt

**11. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite)**

- vo vlastnom dome   
vo vlastnom byte   
v nájomnom byte   
v podnájme   
iné (konkretizovať)  .....

počet obytných miestností .....

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti (okrem žiadateľa) .....

**12. Odôvodnenie potreby poskytovania sociálnej služby:**

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

<b>Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:</b> (manžel/ka, druh/družka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)		
<b>Meno a priezvisko (kontakt)</b>	<b>Príbuzenský vzťah</b>	<b>Rok narodenia</b>

**Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa:**  
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko (kontakt)	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**13. Dôvody, pre ktoré rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa:**

.....  
.....

**14. Údaje o opatrovníkovi, v prípade, ak je žiadateľ súdom pozbavený spôsobilosti na právne úkony**

Meno a priezvisko .....

Adresa .....

Telefón ..... E-mail .....

**15. Bol žiadateľ už v minulosti umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?**

Áno  (konkretizovať) .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby :

.....

**16. Vyhlásenie žiadateľa a súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé, som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov a udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Kežmarok podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných

údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z.

V Kežmarku, dňa .....

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

#### Zoznam príloh (ak boli vydané)

- komplexný posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona 447/2008 Z.z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- právoplatné rozhodnutie o pozbavení spôsobilosti na právne úkony
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom)

\*hodiace sa zaškrtnite !

**17.** Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, preto týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe (meno, priezvisko, príbuzenský vzťah)

.....

.....

Dňa .....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**18. Potvrdenie lekára :** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na jeho zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára

Overené na základe OP, č. ....

V Kežmarku, dňa .....

**Poznámka :** Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia, jeho deti, prípadne iné blízke osoby, ak sú spôsobilí na právne úkony.