

Žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien).....
Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Adresa aktuálneho pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....
Štátne občianstvo.....Národnosť.....Číslo obč. preukazu.....
Druh dôchodku.....

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....

3. Rodinný stav*:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Slobodný (á) | <input type="checkbox"/> Rozvedený (á) |
| <input type="checkbox"/> Ženatý | <input type="checkbox"/> Ovdovený (á) |
| <input type="checkbox"/> Vydatá | <input type="checkbox"/> Žijem s druhom (s družkou) |

* hodiace sa zaškrtnite

4. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ/ka opätovne posúdený/á*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Opatrovateľská služba | <input type="checkbox"/> Zariadenie opatrovateľskej služby |
| <input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov | <input type="checkbox"/> Denný stacionár |

* hodiace sa zaškrtnite

5. Forma sociálnej služby*:

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terénna | <input type="checkbox"/> Ambulantná | <input type="checkbox"/> Pobytová |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

* hodiace sa zaškrtnite

6. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby*:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I. stupeň | <input type="checkbox"/> II. stupeň | <input type="checkbox"/> III. stupeň |
| <input type="checkbox"/> IV. stupeň | <input type="checkbox"/> V. stupeň | <input type="checkbox"/> VI. stupeň |

* hodiace sa zaškrtnite

7. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)

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

V, dňa.....

.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

8. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Kežmarok, Hlavné námestie 1, 060 01 Kežmarok podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel opätovného 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 § 59 až § 66 citovaného zákona.

V, dňa.....

.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

9. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V, dňa.....

.....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Povinné prílohy

- Lekársky nález, posudok, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie