



OBEC MAKOV
Makov č. 60, 023 56 Makov

Pečiatka a dátum prijatia žiadosti

**ŽIADOSŤ
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko:

Rodné priezvisko (u žien):

2. Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

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

.....

Telefón:

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 (hodiace sa zaškrtnite):

starobný

predčasný starobný

výška dôchodku:

vdovský / vdovecký

číslo rozhodnutia:

invalidný

sirotsky

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

- zariadenie pre seniorov
- denný stacionár
- útulok
- opatrovateľská služba
- prepravná služba

9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

- denný pobyt
- týždenný pobyt
- celoročný pobyt
- pobyt na dobu určitú
- ambulatná forma
-

10. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme
- iné:

počet obytných miestností:

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti:

11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby alebo nutnosť umiestnenia v zariadení?

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

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Vek

13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Vek

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať pomoc?

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

15. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

Meno a priezvisko:

V Makove, dňa:

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa

16. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

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

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Adresa:

Telefón: E-mail:

Poznámka: k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

18. Bola žiadateľovi už skôr poskytnutá sociálna služba alebo bol umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

Áno v ktorom:
aká služba:

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby, prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený):
.....

19. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

.....
.....

20. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):

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

V Makove, dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

21. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov 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 zo strany Obce Makov 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.

Beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2008.

Súhlasím s vykonaním sociálneho šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa:

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

22. 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
- vyšetrujúcim lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

V Makove, dňa:

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

Overené na základe OP č.: dňa:

Meno a priezvisko zamestnanca Obce Makov:

Pečiatka a podpis: