

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

MESTO ŠAĽA
Mestský úrad Šaľa
Nám. Sv. Trojice 7
927 15 Šaľa

Žiadateľ/ka:	
Meno:	Priezvisko:
Dátum narodenia:	Rodinný stav:
Štátne občianstvo:	Číslo občianskeho preukazu:
Adresa trvalého pobytu: prechodného pobytu:	Ak je žiadateľ/ka dôchodca/kyňa - druh dôchodku: Telefón:
Druh sociálnej služby: (hodiace sa zaškrtnite)	Forma: (hodiace sa zaškrtnite)
Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/>	terénna <input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/>	celoročný pobyt <input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby <input type="checkbox"/>	pobyt na určitý čas <input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>
Denný stacionár <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>
Ak je žiadateľ/ka/ pozbavený/á/spôsobilosti na právne úkony: zákonný zástupca/opatrovník meno a priezvisko dátum narodenia adresaPSČ telefón..... e-mail	
Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Šaľa, Nám. Sv. Trojice 7, 927 15 Šaľa 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 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. Dňa: <div style="text-align: center;">čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ky (zákonného zástupcu, opatrovníka alebo rodinného príslušníka)</div>	

Vyhlasenie žiadateľa/ky/ (zákonného zástupcu, opatrovníka resp. rodinného príslušníka).

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

Dňa :

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ky
(zákonného zástupcu, opatrovníka alebo rodinného príslušníka)

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (§ 92 ods. 6 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Ak fyzická osoba (žiadateľ/ka) vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby (žiadateľ/ky) podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba:

Meno a priezvisko inej fyzickej osoby:

Trvalé bydlisko inej fyzickej osoby:

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

Dňa :

Pečiatka a podpis lekára

V Šali dňa.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ky
(zákonného zástupcu, opatrovníka alebo rodinného príslušníka)

Zoznam príloh:

- kópie zdravotných nálezov nie staršie ako 6 mesiacov (napr. prepúšťacia správa z nemocničného zariadenia, správa odborného lekára, zdravotný nález zmluvného lekára), zo zdravotnej dokumentácie žiadateľa,
- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia ak je jeho obsahom aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby alebo posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom ak tento bol vydaný,
- právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, ak bolo vydané,
- právoplatné rozhodnutie o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak bolo vydané