

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU  
V ZARIADENÍ OPATROVATELSKEJ SLUŽBY**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko (u žien) .....

2. Dátum narodenia ..... Miesto narodenia .....

Adresa trvalého pobytu .....

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

.....

Telefonický kontakt ..... 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: .....

výška dôchodku .....

8. Forma sociálnej služby:

Pobytová

9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností .....

10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby ?

.....

.....

.....

11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

12. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?

.....

.....

.....

14. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení opatrovateľskej služby, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

.....

Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

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

Dňa: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

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

Meno a priezvisko .....

Adresa zákonného zástupcu.....

Telefónny kontakt ..... Email.....

poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

17. Bola žiadateľovi poskytovaná už skôr sociálna služba, prípadne bol už umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

Áno

aká služba .....

v ktorom zariadení.....

Nie  Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:

.....

18. Poučenie dotknutej osoby so spracovaním údajov:

Mesto Poprad spracúva osobné údaje uvedené v tejto žiadosti podľa §94a zákona č. 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.

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY(EÚ) č. 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46 ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle: [www.osobnyudaj.sk/informovanie](http://www.osobnyudaj.sk/informovanie), ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa

Dňa.....

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

19. Vyhlásenie žiadateľa

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

Dňa: .....

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

20. 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
- nálezy a správy o priebehu a vývoji choroby, prípadne výpis zo zdravotnej dokumentácie nie starší ako 6 mesiacov alebo obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

V ..... dňa .....

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

Overil na základe OP ..... dňa .....

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ Poprad .....