



## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

<b>1. Žiadateľ</b> _____ Priezvisko (u žien aj rodné ) _____ Meno _____ Titul _____
<b>2. Narodený</b> _____ deň, mesiac, rok _____ miesto _____ okres _____
<b>3. Bydlisko</b> _____ obec _____ ulica, číslo _____ okres _____ pošta _____ PSČ _____
<b>4. Rodinný stav</b> _____ <b>Štátne občianstvo</b> _____
<b>5. Údaje zákonného zástupcu</b> (vyplňte v prípade, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony): Priezvisko, meno, titul _____ Bydlisko _____ obec _____ ulica, číslo _____ PSČ _____ Telefón _____
<b>6. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená</b> (označte krížikom): <input type="checkbox"/> sociálna služba v zariadení pre fyzické osoby, <input type="checkbox"/> opatrovateľská služba, <input type="checkbox"/> prepravná služba, <input type="checkbox"/> sprievodcovská služba, <input type="checkbox"/> tlmočnícka služba, <input type="checkbox"/> sprostredkovanie tlmočnickej služby, <input type="checkbox"/> sprostredkovanie osobnej asistencie, <input type="checkbox"/> požičiavanie pomôcok, <input type="checkbox"/> odľahčovacia služba
<b>7. Forma sociálnej služby</b> (označte krížikom): <input type="checkbox"/> ambulantná <input type="checkbox"/> terénna (OS) <input type="checkbox"/> pobytová

8. Pôvodné povolanie a vzdelanie \_\_\_\_\_

9. Záľuby žiadateľa \_\_\_\_\_

10. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku \_\_\_\_\_ mesačne EUR \_\_\_\_\_

Iné príjmy \_\_\_\_\_

11. Žiadateľ býva (označte krížikom):

vo vlastnom dome,

vo vlastnom byte,

v podnájme,

Počet obytných miestností \_\_\_\_\_

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť poskytovania sociálnych služieb?

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti: manžel (-ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta ...

Meno a priezvisko adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

**16. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba? (označte krížikom)**

- áno v ktorom \_\_\_\_\_  
dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby: \_\_\_\_\_
- nie

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

\_\_\_\_\_

**18. Vyhlásenie žiadateľa ( zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/-la podľa skutočnosti. Som si vedomý/-á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, trestné stíhanie alebo ukončenie poskytovania sociálnych služieb.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

V zmysle zákona č. 18/2018 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 Hrabkov. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. Ďalej súhlasím s vykonaním 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 alebo rodinného príslušníka)

**20. Zoznam príloh:**

- a) posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný,
- b) posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný,
- c) právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- d) obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo *Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu*,
- e) Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa, ktorý mu nedovoľuje konať osobne a samostatne.