

<b>OBEC KAMENIČNÁ</b> Obecný úrad č. 790 946 01 Kameničná	<b>ŽIADOSŤ O POSÚDENIE  ODKÁZANOSTI  NA SOCIÁLNU SLUŽBU</b>	Pečiatka, dátum podania žiadosti	
<b>1. Žiadateľ</b> _____ rod. _____ priezvisko (u žien aj rodné) _____ meno			
<b>2. Rodné číslo a dátum narodenia</b> _____			
rodné číslo	deň, mesiac, rok	miesto	okres
<b>3. Adresa trvalého pobytu</b> _____			
obec	ulica, číslo	okres	PSČ
<b>Adresa prechodného pobytu</b> _____			
obec	ulica, číslo	okres	PSČ
<b>4. Štátne občianstvo</b> Slovenskej republiky			
<b>5. Rodinný stav</b>			
slobodný (á)		<input type="checkbox"/>	
ženatý, vydatá		<input type="checkbox"/>	
rozvedený (á)		<input type="checkbox"/>	
ovdovený (á)		<input type="checkbox"/>	
žijem s druhom (družkou)		<input type="checkbox"/>	
<b>6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie *</b>			
Zariadenie pre seniorov		<input type="checkbox"/>	
Zariadenie opatrovateľskej služby		<input type="checkbox"/>	
Denný stacionár		<input type="checkbox"/>	
Opatrovateľská služba		<input type="checkbox"/>	
<b>7. Forma sociálnej služby *</b>			
terénna		<input type="checkbox"/>	
ambulantná		<input type="checkbox"/>	

pobytová	<input type="checkbox"/>	
iná	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Pôvodné povolanie a vzdelanie</b> _____		
<b>9. Záľuby žiadateľa</b> _____		
<b>10. Príjmy</b>		
Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____		
Iné príjmy _____		
<b>11. Žiadateľ býva *</b>		
vo vlastnom dome	<input type="checkbox"/>	
vo vlastnom byte	<input type="checkbox"/>	
v podnájme	<input type="checkbox"/>	
Počet obytných miestností	_____	
<b>12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb</b>		
<b>12 a) Ako bola už vlastným pričinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia</b>		
<b>13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta</b>		
Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia
<b>14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti</b>		
Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

áno, v ktorom \_\_\_\_\_  
nie

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

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

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

Dňa \_\_\_\_\_

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

## 20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu v Kameničnej, č.790,94601 Kameničná, podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, 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. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 27 zákona č. 18/2018.

Dňa \_\_\_\_\_

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

## 21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 pečiatka a podpis lekára

## 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
- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

\*hodiace sa zaškrtnite !

**Poznámka :** Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, **manželka**, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

**Potvrdenie lekára :** Potvrďujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára