|  |  |
| --- | --- |
| **ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU** | Pečiatka obce |
| **1. Žiadateľ****Meno a priezvisko ….........................................................................................................................****Rodné priezvisko (u žien) ….............................................................................................................** |
| **2. Dátum narodenia ….................................... Miesto narodenia …...............................................****Adresa trvalého pobytu …................................................................................................................****PSČ …...........................................**  |
| **3. Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu**…................................................................................................................ PSČ …............................Telefonický kontakt ….........................................Email …......................................................... Štátne občianstvo …......................................... |
| **4. Rodinný stav** (hodiace sa zaškrtne):slobodný/áženatývydatározvedený/áovdovený/áŽije s druhom ( s družkou) …………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................ |
| **5. Ak je žiadateľ dôchodca**: druh dôchodku …...............................................................................výška dôchodku …............................................................................. |
| **6. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):**Opatrovateľská službazaradenie pre seniorov…...........................................**7. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)**Ambulantná formaTerénna formaPobytová forma |
| **8. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby ?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................…................................................................................................................................................…................................................................................................................................................ |
| **9. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám (samá) podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:** …......................................................................................Dňa: …......................................... …...........................................................čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa |
| **10. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:**Týmto potvrdzujem, že žiadateľ …............................................................ vzhľadom na svojzdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti nasociálnu službudňa ….................................................... …............................................ pečiatka a podpis lekára |
| **11. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**Meno a priezvisko …...........................................................................................................................Adresa zákonného zástupcu …............................................................................................................Telefón …............................................................ Email ….................................................................Poznámka: k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť |
| **12. Bola žiadateľovi už skôr poskytnutá sociálna služba, alebo bol umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?**Áno v ktorom …..............................................................................................................................aká služba ….............................................................................................................................NieDôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb, prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený):…................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **13. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**(domu seniorov)….............................................................................................................................…............................................................................................................................. |
| **14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, 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 (zákonného  zástupcu alebo rodinného príslušníka) |
| **15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**V zmysle zákona č. 428/2002 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 tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany obce Okoličná na Ostrove 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 § 20 zákona č. 428/2008.Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočnosti, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.Dňa: …..................................... …..................................................čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |
| **16. Zoznam príloh**- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účel kompenzácie sociálnychdôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydanéposudkovým lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdeniaodkázanosti na sociálnu službu“V Okoličnej na Ostrove, dňa …............................ ….......................................................... čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)Overil na základe OP …........................................... dňa …........................Meno a priezvisko zamestnanca OcÚ Okoličná na Ostrove: …............................................... |