|  |  |
| --- | --- |
| **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/á  ženatý  vydatá  rozvedený/á  ovdovený/á  Žije 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 služba  zaradenie pre seniorov  …...........................................  **7. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)**  Ambulantná forma  Terénna forma  Pobytová 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 svoj  zdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na  sociálnu službu  dňa ….................................................... …............................................  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 ….............................................................................................................................  Nie  Dôvod 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 sociálnych  dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný  - právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané  posudkovým lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia  odkázanosti 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: …............................................... | |