



Mesto Trebišov

M. R. Štefánika 862/204, 075 25 Trebišov

**Žiadosť
o posúdenie odkázanosti na
sociálnu službu**

Pečiatka, dátum podania žiadosti

1. Žiadateľ

_____ priezvisko (u žien aj rodné)

_____ meno

2. Dátum narodenia

_____ deň, mesiac, rok

3. Adresa pobytu

_____ obec PSČ

_____ ulica, číslo

_____ okres

4. Štátne občianstvo _____

Telefónne číslo:

5. Rodinný stav

slobodný (á)

ženatý, vydatá

rozvedený (á)

ovdovený (á)

žijem s druhom (družkou)

6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie *

Domáca opatrovateľská služba

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

Denný stacionár

7. Forma sociálnej služby *

terénna

ambulantná

pobytová

iná

8. Pôvodné povolanie a vzdelanie

9. Záľuby žiadateľa

10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____
- Iné príjmy _____

11. Žiadateľ býva * vo vlastnom dome
vo vlastnom byte
v podnájme Počet obytných miestností _____

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb

12 a) Ako bola už vlastným pričinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia

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. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

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 Mestu Trebišov, M. R. Štefánika 862/204, 075 25 Trebišov podľa zákona č. 122/2013 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 § 11 zákona č. 122/2013 Z. z.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o 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“
- potvrdenie zo SP o výške poberaného dôchodku
- potvrdenie z ÚPSVaR o nepoberaní peňažného príspevku za opatrovanie

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

Pečiatka a podpis lekára