



MESTO KEŽMAROK

Mestský úrad
Oddelenie sociálnych vecí
Hlavné námestie 1, 060 01 Kežmarok

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien).....
Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Adresa aktuálneho pobytu.....PSČ.....poschodie.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....
Štátne občianstvo.....Národnosť.....Číslo obč. preukazu.....
Druh dôchodku.....

2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....
Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....
Telefón.....Mobil.....E-mail.....

3. Rodinný stav*:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Slobodný (á) | <input type="checkbox"/> Rozvedený (á) |
| <input type="checkbox"/> Ženatý | <input type="checkbox"/> Ovdovený (á) |
| <input type="checkbox"/> Vydatá | <input type="checkbox"/> Žijem s druhom (s družkou) |

* hodiace sa zaškrtnite

4. Žiadateľ/ka býva*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom dome | <input type="checkbox"/> V podnájme |
| <input type="checkbox"/> Vo vlastnom byte | <input type="checkbox"/> Iné (uved'te)..... |
| Počet obytných miestností..... | Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....
(okrem žiadateľa/ky) |

* hodiace sa zaškrtnite

5. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená*:

(je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby)

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

* hodiace sa zaškrtnite

6. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ/ka želal/a byť umiestnený/á:
(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

7. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedená sociálna služba*:

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- Iné (uved'te).....
- Neposkytuje sa mi žiadny druh sociálnej služby

* hodiace sa zaškrtnite

8. Čím žiadateľ/ka odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

.....
.....
.....
.....

9. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa/ku:

.....
.....
.....
.....

10. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti
(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt

11. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľ/a/ky

(manžel/ka, rodičia, deti, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt

12. Vyhlásenie žiadateľ/a/ky (inej fyzickej osoby)

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

V, dňa.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

13. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Kežmarok, Hlavné námestie 1, 060 01 Kežmarok podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov.

V, dňa.....
(podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka)

14. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V, dňa.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Povinné prílohy

- Ø Lekársky nález, posudok, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie

Zoznam príloh (ak boli vydané)

- Ø Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)
- Ø Kópia komplexného posudku vydaného ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona 447/2008 Z.z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- Ø Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Ø Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka
- Ø Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou/mestom/VÚC