



## OBEC HRANOVNICA

### Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

#### 1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko .....

Dátum narodenia .....

Rodinný stav ..... Štátne občianstvo .....

Adresa trvalého pobytu .....

Adresa aktuálneho pobytu.....

Telefón / mobil .....

E-mail.....

Druh dôchodku .....

Výška dôchodku .....

#### 2. Kontaktná osoba

a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko .....

Bydlisko.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

#### 3. Žiadateľ býva\*:

- Vo vlastnom dome
- Vo vlastnom byte
- V podnájme
- Iné (uved'te)

Počet obytných miestností .....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

\* hodiace sa zaškrtnite

**4. 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

**5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený 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)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

\* hodiace sa zaškrtnite

**6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

**Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

**7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia
<b>Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti):</b>		
Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**8. Čestné prehlásenie:**

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby.

Dňa.....

.....  
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)**9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. 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 v prípade maloletého dieťaťa)**10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Obec Hranovnica spracúva osobné údaje uvedené v tejto žiadosti podľa § 94a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Spracovanie osobných údajov poskytovateľom sociálnej služby je v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (GDPR) a je v súlade s ustanovením § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Dňa.....

.....  
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**11. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.**

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

Dňa.....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára**Prílohy:**

- Kópie lekárskeho nález, lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Kópia rozhodnutia o výške dôchodku
- Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)

**Ak sú vydané aj:**

- Kópia komplexného posudku vydaného po roku 2009 príslušným ÚPSVaR na účely kompenzácie dôsledkov ŤZP
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom