

OBEC KAMENICA NAD HRONOM

943 65 Kamenica nad Hronom 106

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

Žiadateľ - meno, priezvisko, titul
Dátum narodenia:
Trvalý pobyt:
Telefónne číslo/mobil:
Štátne občianstvo:
Rodinný stav:

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite)	
Opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby	<input type="checkbox"/>
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>

Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)	
terénna	<input type="checkbox"/>
ambulantná	<input type="checkbox"/>
denný pobyt	<input type="checkbox"/>
týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

Príbuzní a kontaktné osoby: (manžel, manželka, druh, družka, syn, dcéra, vnuk, vnučka, zať, nevesta - meno a priezvisko, adresa, telef. kontakt)

Odôvodnenie žiadosti:

Ak je žiadateľ dôchodca:

druh dôchodku:

(starobný, predčasný starobný, vdovský, vdovecký, invalidný, sirotsky)

výška dôchodku:

V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko:

Adresa zákonného zástupcu:

Telefonický (e-mail) kontakt:

Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):

V zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku a rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obce Kamenica nad Hronom so sídlom Kamenica nad Hronom č. 106, 943 65 Kamenica nad Hronom. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na

dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného obci Kamenica nad Hronom. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v ustanovení § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Zoznam príloh:

- Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa, ktorý mu nedovoľuje konať osobne a samostatne
- Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu, vydaný inou obcou alebo VÚC (ak tento bol vydaný)
- Posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP (ak tento bol vydaný)
- Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak toto bolo vydané)

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 92 ods. 7 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 v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

I. Anamnéza:

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

III. Diagnóza:

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

IV. Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:

V. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):

V....., dňa:

.....
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky