|  |
| --- |
|  |
| **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |

|  |
| --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** |
|  **Meno a priezvisko**.................................................................................................................. |
|  **Dátum narodenia**................................................................................................................... **Rodinný stav**.......................................................**Štátne občianstvo**...................................... **Adresa trvalého pobytu**...............................................................................**PSČ**.................. **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 (uveďte)............................................................................................................... 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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom**  **v spoločnej domácnosti):** |
| **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:**Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci Nové Sady, 951 24 Nové Sady 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. 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. |
|  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 ošetrujúceho 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 ošetrujúceho lekára |

**Prílohy:**

* Kópie lekárskych správ, 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)
* Vyhlásenie o majetku fyzickej osoby na účely platenia úhrady za sociálnu činnosť s osvedčeným podpisom

**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

**Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti**

**na sociálnu službu**

Podľa § 49 odst. 3 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 posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní

zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluvný lekár“).

Meno a priezvisko: ........................................................................

Dátum narodenia: ..........................................................................

Bydlisko: .......................................................................................

**I. Anamnéza:**

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

b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:

(body mass index) (krvný tlak) (pulz)

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

**II.A\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,

- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,

- pri hypertenzii stupeň podľa WHO,

- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),

- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia ,...),

- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,

- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),

- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna

 audiometria,

- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,

- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,

- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,

- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,

- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM

 klasifikácia,

- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

**\*** Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický

nález.

**II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

a) podpísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní

 s druhou stranou),

b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález ( FBLR nález),

 röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG),

 elektroencefalografické vyšetrenie ( EEG) , počítačová tomografia (CT), nukleárna

 magnetická rezonancia (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené

 v priloženom odbornom náleze.

**III. Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ...................................... dátum ...................

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

 podpis lekára, ktorý lekársky nález

 vypracoval a odtlačok jeho pečiatky

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona č 448./2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.

455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. Podľa § 81 písm. x)

uhrádza vyšší územný celok poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia

odkázanosti na sociálnu službu.

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

 Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých, podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

V ............................ dňa ..........................

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

 podpis žiadateľa (resp. zákonného zástupcu žiadateľa)