Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko: .....

Rodné priezvisko: .....

Dátum narodenia: ..... **Rodné číslo:** .....

Rodinný stav: ☐ slobodný/á ☐ ženatý ☐ vydatá ☐ rozvedený/á ☐ ovdovený/á

☐ žije s druhom (s družkou) .....

Štátne občianstvo: .....

Adresa trvalého pobytu: .....**PSČ**.....

Adresa aktuálneho pobytu: .....**PSČ**.....

Telefón: ..... **Mobil:** .....

E-mail: .....

Druh dôchodku: .....

Výška dôchodku: ..... **slovom:** .....

Životné povolanie: .....

☐ - *hodiace sa vyznačte znakom* X

2. Kontaktná osoba / 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 vyznačte znakom* X

4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená

☐ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
☐ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby)
☐ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby)
☐ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

☐ - *hodiace sa vyznačte znakom* X - **je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby!**

5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby:

☐ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
☐ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby)
☐ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby)
☐ 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 vyznačte znakom* X

6. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:

Ak žiadateľ/žiadateľka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/žiadateľky** podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/žiadateľka ..... vzhľadom na svoj zdravotný stav ☐ môže ☐ nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: ..... Pečiatka a podpis lekára .....

☐ - *hodiace sa vyznačte znakom* X

7. Potvrdenie žiadateľa/žiadateľky

Týmto potvrdzujem, že vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, a týmto udeľujem v mojom mene SÚHLAS podať žiadosť inej fyzickej osobe:

Meno a priezvisko: .....

Príbuzenský vzťah: .....

Dňa: ..... **.....**
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

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. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

.....

.....

.....

.....

10. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, vnuci, zať, nevesta, 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

11. 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)

12. Oboznámenie sa s čl. 13 Nariadenia o ochrane osobných údajov:

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov na webovom sídle prevádzkovateľa www.zeliezovce.sk.

Dňa..... .....

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

ZOZNAM PRÍLOH

☐ 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)

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

Dňa..... .....

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

ÚRADNÝ ZÁZNAM:
Overil na základe občianskeho preukazu ..... dňa .....
Ing. Diana Csicsmanová, vedúca oddelenia organizačno-správneho a sociálnych vecí
Mestského úradu v Želiezovciach /Mesto Želiezovce, SNP2, 937 01 Želiezovce/ - podpis a pečiatka:

Príloha k žiadosti

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 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: ..... cm **Hmotnosť: ..... kg**

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) popísať 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. y) uhrádza vyšší územný celok poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený(á) s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu. Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V ..... dátum .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti
na sociálnu službu