


# Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

 <b>OBEC HRABUŠICE</b> Hlavná 171, 053 15 Hrabušice	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka: Obec Hrabušice
1. <b>Žiadateľ</b> _____ priezvisko ( u žien aj rodné ) _____ Meno _____ Titul _____		
2. <b>Narodený</b> _____ deň, mesiac, rok _____ miesto _____ okres _____		
3. <b>Bydlisko</b> _____ obec _____ ulica, číslo _____ okres _____ pošta _____ PSČ _____		
4. <b>Rodinný stav</b> _____. <b>Štátne občianstvo</b> _____		
5. <b>Údaje o zákonom zástupcovi</b> (vyplňte v prípade, ak žiadateľ nie je spôsobilý na právne úkony) Priezvisko, meno, titul _____ Bydlisko _____ obec _____ ulica, číslo _____ PSČ _____ Telefón _____		
6. <b>Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená</b> (označte krížikom): <input type="checkbox"/> poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, <input type="checkbox"/> opatrovateľská služba, <input type="checkbox"/> prepravná služba, <input type="checkbox"/> sprievodcovská služba, <input type="checkbox"/> tlmočnická služba, <input type="checkbox"/> sprostredkovanie tlmočnickej služby, <input type="checkbox"/> sprostredkovanie osobnej asistencie, <input type="checkbox"/> požičiavanie pomôcok, <input type="checkbox"/> odľahčovacia služba		
7. <b>Forma sociálnej služby</b> (označte krížikom) <input type="checkbox"/> ambulánna <input type="checkbox"/> terénna (OS) <input type="checkbox"/> pobytová		
8. <b>Pôvodné povolanie a vzdelanie</b> _____		
9. <b>Záľuby žiadateľa</b> _____		

10. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku \_\_\_\_\_ Mesačne EUR \_\_\_\_\_  
Iné príjmy \_\_\_\_\_

11. Žiadateľ býva (označte krížikom)

- vo vlastnom dome,
- vo vlastnom byte,
- v podnájme,

Počet obytných miestností \_\_\_\_\_

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb?

---

---

---

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: (manžel(-ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta.....)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti: (Manžel (-ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta.....)

Meno a priezvisko adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

---

---

16. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb, alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba? (označte krížikom)

- áno  
v ktorom \_\_\_\_\_

dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby: \_\_\_\_\_

- nie

**17. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želel byť umiestnený?**

**18. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/-la podľa skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, trestné stíhanie alebo skončenie poskytovania sociálnych služieb.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek zrušiť

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov, uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu Obci Hrabušice, so sídlom Hlavná 171 podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení zákonov v znení neskorších predpisov.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka

**20. Zoznam príloh:**

- a) posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného stavu, ak tento bol vydaný od 01.01.2009,
- b) posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, ak tento bol vydaný,
- c) právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony ak toto bolo vydané,
- d) obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „*Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu*“
- e) potvrdenie o výške dôchodku vydané Sociálnou poisťovňou

\* Čo sa nehodí, prečiarknite

## Čestné prehlásenie

V zmysle § 93 ods.1, 2 a 3, zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov je:

**1. Prijímateľ sociálnej služby je povinný poskytovateľovi sociálnej služby oznámiť výšku svojich príjmov a čestným vyhlásením preukázať výšku úspor a hodnotu majetku, ohlásiť zmeny vo výške príjmu, úspor a zmeny v hodnote majetku, ktoré sú rozhodujúce na určenie sumy úhrady za sociálnu službu. Ak fyzická osoba nesplní povinnosť podľa prvej vety, poskytovateľ sociálnej služby nie je povinný pri určení sumy úhrady za sociálnu službu postupovať podľa § 73 ods. 1 až 5.**

**2. Prijímateľ sociálnej služby je ďalej povinný na výzvu obce osvedčiť skutočnosť rozhodujúce na trvanie odkázanosti na sociálnu službu, a to v lehote do ôsmich dní odo dňa doručenia výzvy. Ak fyzická osoba nevyhoví výzve v určenej lehote, rozhodne sa o zániku odkázanosti fyzickej osoby na sociálnu službu, ak bola vo výzve na tento následok upozornená.**

**Meno, priezvisko:**.....

**Bydlisko:**.....

**Dátum narodenia:**.....

Vyhlasujem na svoju česť, že / uviesť výstižne okolnosti, ktoré sú predmetom vyhlásenia /:

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

Opatrovateľskú službu nemožno poskytovať fyzickej osobe,

ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba,  
ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie podľa osobitného predpisu, ak tento zákon neustanovuje inak,  
ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu podľa osobitného predpisu,  
ktorej je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy a prenosnou chorobou a pri ochorení touto nákazou.

-----  
vlastnoručný podpis žiadateľa  
zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka

-----  
podpis overujúceho orgánu

V ....., dňa: .....