

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**1. Údaje o fyzickej osobe, ktorá má byť posúdená**

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia	Séria a číslo OP
Rodné priezvisko	Štátne občianstvo	Telefónne číslo

2. Adresa trvalého pobytu

Ulica	Číslo	PSC	Obec (mesto)	Okres
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

3. Adresa súčasného pobytu (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)

Ulica	Číslo	PSC	Obec (mesto)	Okres
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

4. Kontaktná osoba

Titul, meno a priezvisko	Telefónne číslo	E-mail
--	---------------------------------	------------------------

5. Druh dôchodku (ak je žiadateľ jeho poberateľom)

Druh dôchodku	Výška dôchodku
---------------------	----------------------

6. Rodinný stav (vyznačte symbolom „X“)

<input type="checkbox"/> Slobodný (á) <input type="checkbox"/> Ženatý / vydatá <input type="checkbox"/> Rozvedený (á) <input type="checkbox"/> Ovdovený (á) <input type="checkbox"/> Žijem s druhom / družkou

7. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený (ak je žiadateľ jeho poberateľom)

Druh sociálnej služby <input type="checkbox"/> Denný stacionár <input type="checkbox"/> Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/> Zariadenie s opatrovateľskou službou <input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov	Forma sociálnej služby <input type="checkbox"/> Denný pobyt <input type="checkbox"/> Týždenný pobyt <input type="checkbox"/> Celoročný pobyt <input type="checkbox"/> Terénna forma
---	--

8. Zákonný zástupca (ak je posudzované dieťa) /**opatrovník** (ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony)

Titul, meno priezvisko	Dátum narodenia
Adresa: Ulica Číslo PSC	Obec (mesto)
Telefónne číslo e-mail	Opatrovník: doložiť právoplatný rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok

9. Údaje o žiadateľovi

Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave? <input type="checkbox"/> Áno (doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku) <input type="checkbox"/> Nie
--

10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. opatrovníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočností a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa

.....

Vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka)**11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dňa

.....
Vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka)**Zoznam príloh:**

- **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu** a odborné **lekárske nálezy** dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (**nie staršie ako 6 mesiacov**), alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu,
- Príloha k žiadosti: **Určená osoba** (sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby určí),
- **Kópia občianskeho preukazu,**
- Kópia právoplatného rozsudku o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- Kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannej liečbe, ochrannej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- Ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti.

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona c. 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 osoby uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (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 (body mass index):
Krvný tlak:	Pulz:	
Habitus:		
Orientácia:		
Poloha:		
Postoj:		
Chôdza:		
Poruchy inkontinencie:		



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 a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabetes dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, periméter, 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), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

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

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

V dňa

.....
Podpis lekára, ktorý lekársky nález
vypracoval a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

V zmysle § 8 písm. u) zákona c. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona c. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený 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 dňa

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



Príloha k žiadosti: Určená osoba

Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti fyzickej osoby, ktorá požiada o poskytnutie sociálnej služby, táto fyzická osoba má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie. Sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si fyzická osoba žiadajúca o poskytnutie sociálnej služby určí.

Žiadateľ (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia	Séria a číslo OP
.....

Adresa trvalého pobytu

Ulica	Číslo	PSČ	Obec (mesto)
.....

u r č u j e m

v zmysle §50 bod 9 zákona č. 448 / 2008 Z.z. o sociálnych službách

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia	Séria a číslo OP
.....

Adresa trvalého pobytu

Ulica	Číslo	PSČ	Obec (mesto)
.....
Telefónny kontakt			

Len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

V dňa

.....
podpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

.....
podpis určenej osoby