**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 PSČ Obec (mesto) Okres** **........................................ .............. ............... .................................................... .............................**  |

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

|  |
| --- |
| **Ulica Číslo PSČ 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“)

|  |
| --- |
| * Slobodný (á)
* Ženatý / vydatá
* Rozvedený (á)
* Ovdovený (á)
* Žijem s druhom / družkou
 |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  **Druh sociálnej služby** |  **Forma sociálnej služby** |
| * Denný stacionár
* Opatrovateľská služba
* Zariadenie s opatrovateľskou službou
* Zariadenie pre seniorov
 | * Denný pobyt
* Týždenný pobyt
* Celoročný pobyt
* 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** **.............................................. .............**  | **PSČ 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?* Áno (doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku)
* Nie
 |

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

|  |
| --- |
| Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácii.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 o 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.

 **Príloha k žiadosti:** Lekársky nález

|  |
| --- |
| **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 uvies**ť **fyzikálny nález a doplni**ť **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, 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), 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 žiadate**ľ**a:**

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

žiadateľa (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