

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE
ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Údaje o žiadateľovi (o fyzickej osobe, ktorej sa má poskytovať sociálna služba)

Meno a priezvisko, titul:
Dátum narodenia : Rodné číslo :
Adresa trvalého pobytu :
Adresa prechodného pobytu :
Rodinný stav :
Štátne občianstvo :
Telefonický kontakt :

Údaje zákonného zástupcu / opatrovníka / splnomocnenej alebo kontaktnej osoby
(vyplniť v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony, resp. vzhľadom na svoj zdravotný stav, na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára, nemôže sama podať žiadosť)

Meno a priezvisko, titul:
Adresa trvalého pobytu:
Telefonický kontakt :
Dôvod zastúpenia:
.....

Týmto žiadam Mesto Snina v zmysle § 92 ods. 1, 2 a 7 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 o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Druh sociálnej služby *	<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba
	<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
	<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby
	<input type="checkbox"/>	Denný stacionár

* vybraný druh označte „X“

Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná sociálna služba? (hodiace sa zaškrtnite)

- Opatrovateľská služba (terénna forma)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma)
- Iný druh sociálnej služby
- Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

Sociálnu službu potrebujem poskytnúť z dôvodu (stručne popíšte):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osoby, ktoré žijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iné osoby):

Priezvisko a meno	Vek	Príbuzenský alebo iný vzťah

Rodinní príslušníci, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Priezvisko a meno	Vek	Príbuzenský vzťah	Miesto pobytu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Snina, Mestský úrad, Strojárska 2060/95, 069 01 Snina podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti, a to na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, poskytovania sociálnej služby a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby upravujú §§ 19 – 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Snine dňa

.....
podpis žiadateľa, resp. zákonného zástupcu,
opatrovníka, splnomocnenej alebo kontaktnej osoby

Prílohy k žiadosti:

- lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, resp. posudok, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie – doklady nie staršie ako šesť mesiacov **alebo**
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom (za predpokladu, ak bol vydaný), resp. **komplexný posudok** vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak je jeho obsahom aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby (za predpokladu, ak bol vydaný)
- iné:

Potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny

Týmto potvrdzujeme, že:

pán / pani, nar.

bytom

je / nie je * poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu,
inej fyzickej osobe sa **poskytuje / neposkytuje** * peňažný príspevok na
opatrovanie žiadateľa

V

Dňa

.....
odtlačok úradnej pečiatky a podpis

* *nehodiace sa prečiarknite*