

P O T V R D E N I E

v zmysle § 92 ods. 6 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

Ako ošetrujúci lekár fyzickej osoby:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

týmto potvrdzujem,

že menovaná fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby.

Toto potvrdenie sa vydáva na účely:

.....

(uviesť)

V

dňa

.....

pečiatka a podpis
ošetrujúceho lekára