

## ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

### 1. Žiadateľ

meno a priezvisko, titul .....  
rodné priezvisko .....

2. Rodné číslo.....Dátum narodenia .....

### 3. Adresa trvalého pobytu

.....  
PSC ..... okres .....  
telefón ..... e-mail .....  
Prechodný pobyt .....

4. Štátne občianstvo .....

5. Č. obč. preukazu .....

6. Druh dôchodku .....

### 7. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

- ☐ slobodný/á ☐  
☐ ženatý ☐  
☐ vydatá ☐  
☐ rozvedený/á ☐  
☐ ovdovený/á ☐  
☐ Žije s druhom /družkou.....

### 8. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel /ka, deti)

**meno a priezvisko**.....vzťah k žiadateľovi.....

zamestnanie.....kontakt.....

**meno a priezvisko**.....vzťah k žiadateľovi.....

zamestnanie.....kontakt.....

**meno a priezvisko**.....vzťah k žiadateľovi.....

zamestnanie.....kontakt.....

**meno a priezvisko**.....vzťah k žiadateľovi.....

zamestnanie.....kontakt.....

**9. Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, bývajúci mimo spoločnej domácnosti:**

meno a priezvisko.....  
príbuzenský pomer k žiadateľovi.....  
trvalé bydlisko.....  
kontakt.....  
zamestnanie.....

meno a priezvisko.....  
príbuzenský pomer k žiadateľovi.....  
trvalé bydlisko.....  
kontakt.....  
zamestnanie.....

meno a priezvisko.....  
príbuzenský pomer k žiadateľovi.....  
trvalé bydlisko.....  
kontakt.....  
zamestnanie.....

meno a priezvisko.....  
príbuzenský pomer k žiadateľovi.....  
trvalé bydlisko.....  
kontakt.....  
zamestnanie.....

**10. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená**

- ☐ zariadenie pre seniorov ☐
- ☐ zariadenie opatrovateľskej služby ☐
- ☐ denný stacionár ☐
- ☐ opatrovateľská služba ☐

**11. Zdôvodnenie žiadosti:**

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

**12. Zákonný zástupca posudzovaného, ak nie je posudzovaný spôsobilý na právne úkony:**

**Meno a priezvisko:**.....

**Adresa:**.....

**Tel.kontakt:**.....

K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

### **13. Kontaktná osoba posudzovaného:**

**Meno a priezvisko:**.....

**Adresa:**.....

**Tel.kontakt:**.....

### **14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka)**

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

V Kojšove, dňa : .....  
.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
resp. zákonného zástupcu

### **15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov.**

Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých obci Kojšov, Kojšov 3, 055 52 Kojšov podľa zákona š.122/2013 Z.Z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním zariadeniu sociálnych služieb na účel súvisiaci so zabezpečením a poskytovaním sociálnej služby.

V Kojšove, dňa : .....  
.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
resp. zákonného zástupcu

### **16. Zoznam príloh**

– osobné lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa, nie staršie ako 6 mesiacov

- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané

***Poznámka:***

Podľa §92, ods.6 zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie je potrebné priložiť k žiadosti.

***Potvrdenie lekára:***

**Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.**

**V .....dňa:.....**

**Pečiatka a podpis lekára**