|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Ž**iadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |  |  |
| **1. Žiadateľ** Meno a priezvisko: ......................................................................................................................... Rodné priezvisko ( u žien): ............................................................................................................ |  |  |
| **2. Dátum narodenia:** ..............................................Miesto narodenia.............................................. Adresa trvalého pobytu: …............................................................................................................. |  |  |
| **3. Adresa** pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu: ….................................................... ….................................................................................................................................................... Telefonický kontakt........................................................E-mail..................................................... |  |  |
| **4. Štátne občianstvo:**…..................................................................................................................... |  |  |
| **5. Rodinný stav** ( hodiace sa zaškrnite): slobodný/á  ženatý  vydatá  rozvedený/á  ovdovený/á  Žijem s druhom ( s družkou).......................................................................................................... |  |  |
| **6. Životné povolanie:**....................................................................................................................... Osobné záľuby žiadateľa:................................................................................................................ |  |  |
| **7. Ak je žiadateľ dôchodca,** druh dôchodku: ................................................................................... výška dôchodku: …............................................................................. |  |  |
| **8. Druh sociálnej služby,** na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrnite): opatrovateľská služba  prepravná služba  zariadenie pre seniorov  zariadenie opatrovateľskej služby  |  |  |
| **9. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrnite): ambulantná forma  terénna forma  pobytová forma  |  |  |
| **10. Žiadateľ býva** ( hodiace sa zaškrnite): vo vlastnom dome  vo vlastnom byte  v podnájme  |  |
| **11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby?** ….................................................................................................................................................. …................................................................................................................................................... ….................................................................................................................................................... |  |
| **12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:** **(**manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)  Meno a priezvisko: Príbuzenský pomer: Rok narodenia: ….................................................................................................................................................. ..................................................................................................................................................... …................................................................................................................................................... ….................................................................................................................................................... |  |
| **13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:** **(**manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta) Meno a priezvisko: Príbuzenský pomer: Rok narodenia: ….................................................................................................................................................. …................................................................................................................................................... ….................................................................................................................................................... ….................................................................................................................................................... |  |
| **14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?** ….................................................................................................................................................. …................................................................................................................................................... …................................................................................................................................................... |  |
| **15. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/ sama podať žiadosť o posúdenie**   **odkázanosti na sociálnu službu,** týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe: …................................................... Dňa: ….......................................... ................................................................ čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa |  |
| **16. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:** Týmto potvrdzujem, že žiadateľ..............................................vzhľadom na svoj zdravotný stav môže / nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Dňa: ........................................ …................................................................ pečiatka a podpis lekára |  |
| **17. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**Meno a priezvisko: …................................................................................................................... Adresa zákonného zástupcu: ….................................................................................................... Telefónny kontakt: …..................................................E- mail: …............................................... poznámka : K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť. |  |
| **18. Bola žiadateľovi už skôr poskytnutá sociálna služba alebo bol umiestnený v niektorom** **zariadení sociálnych služieb?** Áno  v ktorom: ….............................................................................. aká služba: …............................................................................ Nie  Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:  …................................................................................................................................................... |  |
| **19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**V zmysle zákona č. 18/2018 Z .z.o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre  účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany obce Malý Lapáš. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osoby výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č. 18/2018 Z. z..Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.  Dňa...................... ……......................................................... čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa |  |
| **20. Vyhlásenie žiadateľa** ( zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka). Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií. Dňa ….......................... ...…............................................................... čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |  |
| **21. Zoznam príloh:** **-** posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný - právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané - obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo ,, Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“ V Malom Lapáši dňa................................. ….............................................................. čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) Overil na základe OP......................dňa.......................... Meno a priezvisko zamestnanca OcÚ Malý Lapáš |  |