|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |