



MESTO PODOLÍNEC
Námestie Mariánske 3/3, 065 03 Podolíneec

ŽIADOSŤ
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle zákona NR SR 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

1. Údaje o žiadateľovi/žiadateľke

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko

Dátum narodenia Miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu

Ulica číslo

Mesto PSČ

Tel. kontakt e-mail

Korešpondenčná adresa (uviesť v prípade, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu)

.....

.....

Štátne občianstvo

Rodinný stav (hodiace sa podčiarknite)

- slobodný/á
- ženatý/vydatá
- rozvedený/á
- ovdovený/á
- druh/družka

2. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ/ka posúdený/á

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ/ka posúdený/á (hodiace sa podčiarknite)

- Opatrovateľská služba
- Denný stacionár
- Zariadenie pre seniorov
- Zariadenie opatrovateľskej služby

Forma sociálnej služby (hodiace sa podčiarknite)

- Ambulantná forma
- Terénna forma
- Pobytová forma

3. Údaje o príjme žiadateľ/a/ky

Druh dôchodku

Výška dôchodku

4. Údaje o bytovej situácii žiadateľ/a/ky

Žiadateľ/ka býva (hodiace sa podčiarknite)

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme
- u príbuzných
- iné

5. Údaje o rodinných príslušníkoch

Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti (manžel, manželka, rodičia, vnúčatá, zať, nevesta)

Meno a priezvisko rok narodenia príbuzenský pomer kontakt(t.č.)

.....

.....

.....

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

Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti (manžel, manželka, rodičia, deti, vnúčatá, zať, nevesta)

Meno a priezvisko rok narodenia príbuzenský pomer kontakt (t.č.), adresa

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

6. Odôvodnenie žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

(Čím žiadateľ/ka odôvodňuje potrebu poskytnutia sociálnej služby, prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi/ke pomoc?)

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

7. Zákonný zástupca žiadateľ/a/ky, ak žiadateľ/ka nie je spôsobilý/á na právne úkony

Meno a priezvisko.....

Adresa zákonného zástupcu (opatrovníka)

Ulica číslo

Mesto (obec) PSČ

E-mail tel. č.

8. 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 Mesta Podolíne. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb) 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 doručenia MsÚ v Podolíni.

Ďalej súhlasím s vykonaním sociálneho šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné pre posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa.....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa/ky

9. Vyhlásenie žiadateľa/ky (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

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

V Podolíni dňa

.....
podpis žiadateľa/ky

Prílohy

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- posudok o stupni odkázanosti vydaný inou inštitúciou, ak 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*“