

Obec Kysak 044 81 Kysak 146	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka, dátum podania žiadosti
1. Žiadateľ priezvisko (u žien aj rodné) meno		
2. Dátum narodenia deň, mesiac, rok , miesto, okres		
3. Adresa pobytu obec , ulica, číslo , PSČ , okres		
4. Štátne občianstvo		
5. Rodinný stav		
slobodný (á)		<input type="checkbox"/>
ženatý, vydatá		<input type="checkbox"/>
rozvedený (á)		<input type="checkbox"/>
ovdovený (á)		<input type="checkbox"/>
žijem s druhom (družkou)		<input type="checkbox"/>
6. Druh sociálnej služby , na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie *		
	Zariadenie opatrovateľskej služby	<input type="checkbox"/>
	Terénna opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
	Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/>
7. Forma sociálnej služby *		
terénna		<input type="checkbox"/>
ambulantná		<input type="checkbox"/>
pobytová		<input type="checkbox"/>
iná		<input type="checkbox"/>
8. Pôvodné povolanie a vzdelanie		
9. Záluby žiadateľa		
10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____ Iné príjmy _____		
11. Žiadateľ býva *		
vo vlastnom dome	<input type="checkbox"/>	
vo vlastnom byte	<input type="checkbox"/>	
v podnájme	<input type="checkbox"/>	Počet obytných miestností _____
12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb		
12 a) Ako bola už vlastným pričinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia _____		
13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zat', nevesta		

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

áno, v ktorom

nie

18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

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

Dňa _____

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Košickému samosprávnemu kraju, Námestie Maratónu mieru 1 Košice, podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002.

Dňa _____

príslušníka)

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného

21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Dňa _____

 pečiatka a podpis lekára

22. 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“

*hodiace sa zaškrnite !

Poznámka : Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Potvrdenie lekára : Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára