Spisová značka:

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a doplnení   
zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

**I. údaje o žiadateľovi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno, priezvisko: | | Rodné priezvisko: | |
| Dátum narodenia:  Rodné číslo: | Miesto narodenia: | | Rodinný stav: |
| Štátne občianstvo: SR | E-mail: | | Č.t.: |
| Adresa trvalého pobytu: | | | |
| Aktuálna adresa: | | | |

Aktuálna adresa pobytu, kontaktná adresa /uvedie sa adresa, resp. zariadenie, kde sa žiadateľ v čase podania žiadosti nachádza, a kde je možné vykonať sociálne šetrenie/.

**II. Druh sociálnej služby III. Forma:**

**(o**značiť druh služby) **(**označiť formu služby)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ambulantná |
|  | Terénna |
|  | Pobytová |

**IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Meno, priezvisko: | e-mail: | |
| Adresa trvalého pobytu: | | Č.t.: |

**V. Kontaktná osoba**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Meno, priezvisko: | e-mail: | |
| Adresa trvalého pobytu: | | Č.t.: |

**VI. Rodinní príslušníci žiadateľa**

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko:** | **Príbuzenský pomer:** | **Č.t.:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko:** | **Príbuzenský pomer:** | **Č.t.:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VII. Príjmové pomery žiadateľa:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Druh dôchodku:** |  |
| **Sociálne dávky/druh/:** |  |
| **Iný príjem:** | |

**VIII. Dôvod žiadateľa o poskytovanie sociálnej služby:**

|  |
| --- |
|  |

**IX. Bol žiadadteľ v predchadzajúcom období umiestnený v niektorom ZSS?**

áno , v ktorom……………………………………………………………………..

nie

**X. Čestné prehlásenie a súhlas na spracovanie údajov žiadateľa:**

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom.

**Vyhlasujem na svoju česť** v súlade so zákonom o správnom konaní č. 71/1967 Zb. v platnom znení,že prílohy, ktoré som dokladoval k tejto žiadosti sú pravdivé a zároveň **vyhlasujem**, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Týmto udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov, ktoré sa riadia nariadením EP a Rady EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom SR č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov) v rozsahu uvedenom v tejto žiadosti za účelom vybavenia žiadosti a s tým súvisiacich všetkých úkonov súvisiacich s procesom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu na obdobie platnosti tohto súhlasu 5 rokov.

Som si vedomý svojich práv, ktoré sú uvedené v čl. 12 až čl. 23 Nariadenia GDPR, ktoré upravujú, resp. konkretizujú povinnosti prevádzkovateľa při uplatňovaní práv dotknutých osob.

V Ľuboticiach dňa ………………….. ...............................................................................

**vlastnoručný podpis** žiadateľa

alebo zákonného zástupcu, ak je určený súdom

**Prílohy:** Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa

**XI. Potvrdenie lekára**

Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom **a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

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

Dňa ………………………………. ………………………………………………

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

**Lekársky nález**

**na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti **(vyplňuje zmluvný lekár).**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko: | Dátum narodenia: |
| Adresa trvalého pobytu: | |

**I. Anamnéza:**

a) osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)

b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výška:** | **Hmotnosť:** | **BMI:**  **(body mass index)** | **TK:**  **(krvný tlak)** | **P:**  **(pulz)** |
| **Habitus:** | | | | |
| **Orientácia:** | | | | |
| **Poloha:** | | | | |
| **Postoj:** | | | | |
| **Chôdza:** | | | | |
| **Poruchy kontinencie:** | | | | |

**II. A\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená:**

|  |
| --- |
| * pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA, |
| * pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea, |
| * pri hypertenzii stupeň podľa WHO, |
| * pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria), |
| * pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie), |
| * pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium, |
| – pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha), |
| – pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria |
| – pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález, |
| – pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ, |
| – pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález, |
| – pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález, |
| – pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia, |
| – pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález. |

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

**II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

1. popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
2. priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

**III. Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ................................. dňa ..................…....... .......................................................................

podpis lekára, ktorý lekársky nález

vypracoval a odtlačok jeho pečiatky