

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle zákona 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 v znení neskorších predpisov

A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

Meno a priezvisko	Titul
Dátum narodenia	Rodné číslo
Adresa: Trvalého pobytu: <i>ulica a číslo, obec (mesto), PSČ</i>	
Prechodného pobytu: <i>ulica a číslo, obec (mesto), PSČ</i>	
Adresa pobytu: <i>ulica a číslo, obec (mesto), PSČ</i>	
Rodinný stav: <i>(vyznačte symbolom "X")</i>	Kontakty
slobodný (á) <input type="checkbox"/>	Telefón:
ženatý/vydatá <input type="checkbox"/>	Elektronická adresa:
rozvedený (á) <input type="checkbox"/>	
ovdovený (á) <input type="checkbox"/>	
Žijem s druhom (s družkou).....	
Štátne občianstvo:	
V prípade iného štátneho občianstva alebo iných podmienok o pobyte žiadateľ k žiadosti príkladá: <i>(vyznačte symbolom "X")</i>	
Povolenie príslušného orgánu na pobyt pre cudzinca podľa § 3 ods. 2 písm. b)	<input type="checkbox"/>
Potvrdenie o splnení podmienky u Slováka žijúceho v zahraničí podľa § 3 ods. 2 písm. 1)	<input type="checkbox"/>
Potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy podľa § 3 ods. 2 písm. b)	<input type="checkbox"/>
Sociálne postavenie:	

Údaje osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu sú požadované v súlade s § 92 ods.7 a § 94a ods.3 zák.č. 448/2008 Z.z.

B. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený:

Druh <i>(vyznačte symbolom "X")</i>	Forma <i>(vyznačte symbolom "X")</i>
Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/>	<i>terénna</i> <input type="checkbox"/>
Denný stacionár <input type="checkbox"/>	<i>ambulantná</i> <input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby <input type="checkbox"/>	<i>denný pobyt</i> <input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/>	<i>týždenný pobyt</i> <input type="checkbox"/>
	<i>celoročný pobyt</i> <input type="checkbox"/>

C. doplňujúce údaje o žiadateľovi:

životné povolanie	druh dôchodku <i>(ak je žiadateľ jeho poberateľom)</i>			
	<input type="text"/>			
	(starobný, predč. starobný, vdovský, vdovecký, invalid., sirotský)			
	výška dôchodku <i>(ak je žiadateľ jeho poberateľom)</i>			
	<input type="text"/>			
osobné záľuby				
žiadateľ býva vo vlastnom <i>(vyznačte symbolom "X")</i>	dome	byte	v podnájme	počet obytých miestností
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poznámka:				
údaje o rodinných príslušníkoch žiadateľa:				
a) osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti <i>(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)</i>				
meno, priezvisko	adresa	príbuz. pomer	rok narodenia	tel. kontakt *
b) osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti <i>(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)</i>				
meno, priezvisko	adresa	príbuz. pomer	rok narodenia	tel. kontakt *

* vhodné uviesť z dôvodu dohodnutia termínu návštevy za účelom vyhotovenia sociálneho posudku zo strany príslušného orgánu

D. Údaje zákonného zástupcu (vyplňte v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony) poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť (napr. rozsudok okresného súdu o zbavení spôsobilosti na právne úkony).

Meno a priezvisko	Titul
Adresa: Trvalého pobytu: ulica a číslo, obec (mesto), PSČ	
Prechodného pobytu: ulica a číslo, obec (mesto), PSČ	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Štátne občianstvo:	
Telefónne číslo:	Elektronická adresa:
Dôvod zastúpenia:	

E. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

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

F. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?

Áno

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby :

.....
..

G. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?

Áno

Nie

H. Čestné vyhlásenie žiadateľa

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

V dňa.....

.....
podpis žiadateľa (resp. zákonného zástupcu žiadateľa)

Poučenie:

K žiadosti, **za predpokladu, že Vám boli vydané**, priložte nasledovné:

- a) V prípade iného štátneho občianstva alebo iných podmienok o pobyte: Povolenie príslušného orgánu na pobyt pre cudzinca podľa § 3 ods. 2 písm. b), alebo, Potvrdenie o splnení podmienky u Slováka žijúceho v zahraničí podľa § 3 ods. 2 písm. l), alebo Potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy podľa § 3 ods. 2 písm. b)
- b) komplexný posudok úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona č. 447/2008 Z. z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby,
- c) posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom), alebo vyšším územným celkom, alebo výpisy zo zdravotnej dokumentácie nie staršie ako šesť mesiacov alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave
- d) právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané.
- e) Potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v prípade posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a na denný stacionár

CH. Potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (vyplňa sa v prípade posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a na denný stacionár)

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny Nové Mesto nad Váhom, oddelenie peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ŤZP potvrdzuje, že :

Pán/pani, nar. :

Bytom

Je / nie je * poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu
Inej fyzickej osobe sa **poskytuje / neposkytuje*** peňažný príspevok za opatrovanie žiadateľa.

V dňa

.....
odtlačok úradnej pečiatky a podpis

*nehodiace sa prečiarknite

I. Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov

Ako dotknutá osoba v zmysle § 5 písm. n) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.“) poskytujem Obci Priepasné, so sídlom Priepasné č. 109, 906 15 Priepasné, IČO: 00 309 851, ako prevádzkovateľovi súhlas so spracovaním všetkých svojich osobných údajov uvedených v tomto podaní a jeho prílohách vrátane fotokópií osobných dokladov a preukazov, a to za účelom uskutočnenia úradného postupu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a /alebo interných predpisov prevádzkovateľa vymedzeného predmetom tohto podania. Zároveň súhlasím, aby tieto osobné údaje boli prevádzkovateľom poskytnuté iným subjektom na území SR, ktoré na základe osobitných právnych predpisov vstupujú do právnych procesov súvisiacich s vybavovaním predmetného podania.

V priebehu spracúvania budú osobné údaje zverejnené, sprístupnené a poskytnuté, len ak to ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis a /alebo interný predpis prevádzkovateľa a za podmienok v ňom uvedených; oprávnenie zverejnenia sa nevzťahuje na všeobecne použiteľný identifikátor dotknutej osoby podľa osobitného predpisu.

Doba platnosti súhlasu sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby. Zároveň som si vedomý, že poskytnuté osobné údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Vyhlasujem, že poskytnuté osobné údaje sú pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že okrem vyššie uvedených informácií týkajúcich sa poskytnutia osobných údajov, som bol v zmysle §19 a §20 zákona č.18/2018 Z.z. informovaný a prevádzkovateľom tiež poučený o:

a) skutočnosti, že kontaktné údaje zodpovednej osoby za ochranu osobných údajov u prevádzkovateľa sú zverejnené na webovom sídle prevádzkovateľa

b) skutočnosti, že ak nejde o poskytnutie osobných údajov na základe a v rozsahu podľa zákona alebo iného všeobecne záväzného právneho predpisu, je poskytnutie dobrovoľné, avšak nevyhnutné pre uskutočnenie úradného postupu prevádzkovateľa za účelom riešenia podania

c) svojich právach dotknutej osoby:

- požadovať od prevádzkovateľa prístup k svojim osobným údajom (§21 zákona č. 18/2018 Z. z.)
- na opravu osobných údajov (§ 22 zákona č. 18/2018 Z. z.)
- na vymazanie osobných údajov a obmedzenie osobných údajov (§ 23 a § 24 zákona č. 18/2018 Z. z.)
- na prenosnosť osobných údajov (§ 26 zákona č. 18/2018 Z. z.)
- namietat spracúvanie osobných údajov (§ 27 zákona č. 18/2018 Z. z.)
- kedykoľvek svoj súhlas odvolať (§ 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z.), pričom odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním
- podať návrh na začatie konania na Úrad na ochranu osobných údajov SR (§100 zákona č.18/2018 Z. z.)

V dňa

.....
podpis dotknutej osoby

J. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie 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 (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

I. Anamnéza:

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

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:
(body mass index) (krvný tlak) (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 zažívачích 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 pourazových stavoch

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) 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

K. Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho posudku na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu