



MESTO SLIAČ
Mestský úrad v Sliachi, Letecká č.1, 962 31 Sliach

Mestský úrad v Sliachi
Oddelenie sociálne
Letecká č.1
962 31 Sliach

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

I. Údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko:		Rodné priezvisko:	
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:	Rodinný stav:	
Štátne občianstvo:	E-mail:	Č. tel.:	
Adresa trvalého pobytu:			
Aktuálna 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 (označiť druh služby)

<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Denný stacionár
<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby

III. Forma (označiť formu služby)

<input type="checkbox"/>	Ambulantná
<input type="checkbox"/>	Terénna
<input type="checkbox"/>	Pobytová

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

Meno, priezvisko:	E-mail:
Adresa trvalého pobytu:	Č. tel.:

V. Kontaktná osoba

Meno, priezvisko:	E-mail:
Adresa trvalého pobytu:	Č. tel.:

VI. Rodinní príslušníci žiadateľa

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko:	Príbuzenský pomer:	Zamestnanie:

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko, adresa:	Príbuzenský pomer, bydlisko	Zamestnanie:

VII. Príjmové pomery žiadateľa

Druh dôchodku:	Výška dôchodku:
Sociálne dávky/druh/:	Výška dávky:
Iný príjem:	

VIII. Žiadateľ býva*

v spoločnej domácnosti		počet obytných miestností	počet členov žijúcich
<input type="checkbox"/>	vo vlastnom dome		
<input type="checkbox"/>	vo vlastnom byte		
<input type="checkbox"/>	v podnájme		
<input type="checkbox"/>	iné (uved'te)		

* hodiace sa označte

IX. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby*

<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Denný stacionár
<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby

* hodiace sa označte

X. Dôvod poskytovania sociálnej služby:

a/ dôvod žiadateľa:

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

b/ dôvod, prečo rodinní príslušníci nemôžu opatrovať žiadateľa:

.....
.....

XI. Čestné prehlásenie a súhlas na spracúvanie osobných 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 poskytnutých mestu Sliac v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov 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.

v Sliaci dňa

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa
alebo zákonného zástupcu, ak je určený súdom

XIII. Potvrdenie lekára

Ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa** 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 ošetrojúceho lekára

Prílohy:

Kópie odborných lekárskeho správ – nemusí doložiť, ak má:

- **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu alebo**
- **Komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny (ak občan je poberateľom kompenzačných príspevkov.) alebo**
- **Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný touto obcou alebo týmto vyšším územným celkom alebo inou obcou alebo iným vyšším územným celkom o odkázanosti na inú sociálnu službu na účel posúdenia stupňa odkázanosti tejto fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby**

Kópia rozhodnutia o výške dôchodku



MESTO SLIAČ
Mestský úrad v Sliachi, Letecká č.1, 962 31 Sliac

Lekársky nález
na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 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 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, periméter, 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:

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