



MESTO SLIAČ
Mestský úrad v Sliači, Letecká č.1, 962 31 Sliač

Mestský úrad v Sliači
 Oddelenie sociálne
 Letecká č.1
 962 31 Sliač

Žiadosť o opätovné 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):

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

III. Forma sociálnej služby (označiť):

☐	Ambulantná
☐	Terénna
☐	Pobytová

IV. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby:

V súčasnosti sa mi poskytuje sociálna služba /uved'te druh sociálnej služby/:

.....

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

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

VI. Kontaktná osoba

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

VII. 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:

VIII. Príjmové pomery žiadateľa

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

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

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

* hodiace sa označte

X. Potvrdenie lekára

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

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 Sliač v súlade so zákonom č. 18/2018 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 Sliači dňa

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa
alebo zákonného zástupcu, ak je určený súdom

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 obcou alebo 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 nálež 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 nálež,
– pri mentálnej retardácii psychologický nálež s vyšetrením IQ,
– pri urologických ochoreniach priložiť odborný nálež,
– pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nálež,
– pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nálež s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
– pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nálež.

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

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 nálež (FBLR nálež), röntgenologický nálež (RTg nálež), 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 nálež
 vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky