

 MESTO SLIAČ Úsek sociálny a podnikateľský Letecká č.1, 962 31 Sliač	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka: MESTO SLIAČ
1. Žiadateľ _____ priezvisko (u žien aj rodné) _____ Meno _____		
2. Narodený _____ deň, mesiac, rok _____ miesto _____ okres _____		
3. Bydlisko _____ obec _____ ulica, číslo _____ okres _____ _____ pošta _____ PSČ _____		
4. Štátne občianstvo _____		
5. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená*: ➤ zariadenie pre seniorov, ➤ zariadenie opatrovateľskej služby, ➤ denný stacionár, ➤ opatrovateľská služba, ➤ odľahčovacia služba		
6. Forma sociálnej služby*: ➤ terénna (OS) ➤ pobytová		
7. Pôvodné povolanie a vzdelanie _____		
8. Záluby žiadateľa _____		
9. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____ Iné príjmy _____		
10. Žiadateľ býva: ➤ vo vlastnom dome, ➤ vo vlastnom byte, ➤ v podnájme, Počet obytných miestností _____		
11. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb? _____ _____ _____ _____		

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta		
Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia
13. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti:		
Meno a priezvisko adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia
14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?		
15. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony: _____		
16. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?		
áno, v ktorom _____ nie		
17. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?		
18. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):		
Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti. Som si vedomý toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody, trestné stíhanie alebo skončenie pobytu v ZSS,		
Dňa _____ _____ čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)		

19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých Mestským úradom Sliač, Letecká č.1, Sliač podľa zákona č. 18/2018 Z .z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení zákonov v znení neskorších predpisov, uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Zoznam príloh:

- posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného stavu, ak tento bol vydaný od 01.01.2009,
- posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, 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“

* Čo sa nehodí, prečiarknite