|  |  |
| --- | --- |
| **Ž I A D O S Ť****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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“). | Obec Slovinky, č. 58, 053 40 SlovinkyOdtlačok pečiatky podateľne  |

1. **Údaje o žiadateľovi**

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko: Titul:  |
| Dátum narodenia: Rodinný stav: Štátne občianstvo: |
| Trvalé bydlisko:  |
| Aktuálny pobyt: Kontakt: |

1. **Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie**

|  |  |
| --- | --- |
| Zariadenie pre seniorov □Zariadenie opatrovateľskej služby □Denný stacionár □ | Opatrovateľská služba □Prepravná služba □ |

1. **Forma sociálnej služby**

|  |  |
| --- | --- |
| ambulantná □terénna □pobytová □iná □ | **Pobytová**denný pobyt □týždenný pobyt □celoročný pobyt □ |

1. **Kontaktná osoba**

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko:  |
| Vzťah so žiadateľom : |
| Telefónne číslo: E-mail:  |
| **Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov:**

|  |
| --- |
| Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Obci Slovinky, č.63, 053 40 Slovinky podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tomto bode, a to pre účely konania o odkázanosti na sociálnu službu žiadateľa uvedeného v bode 1. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a možno ho kedykoľvek odvolať.  |

Dňa: ........................................... ...................................................... podpis kontaktnej osoby |

## **Bytové pomery žiadateľa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Druh nehnuteľnosti**rodinný dom □byt □ | **Právny vzťah** vlastník/spoluvlastník □nájomca □podnájomník □ |

1. **Údaje o príbuzných (manžel/ka, deti, iní)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

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

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko: Titul:  |
| Trvalé bydlisko:  |
| Kontakt:  |
| Číslo rozhodnutia: Právoplatné dňa:  |

\* k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

1. **Príjem žiadateľa**

|  |  |
| --- | --- |
| Starobný dôchodok □Vdovský / vdovecký □Invalidný □ | Výsluhový dôchodok □Iný príjem : ..........................................Mesačne príjem: ................................... |

1. **Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov**

|  |
| --- |
| Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti hlásiť zmeny rozhodujúcich skutočností. Dňa: .................................... ......................................................... podpis žiadateľa / zákonného zástupcu |

Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, **môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba**.

|  |
| --- |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.Dňa : ............................ ...................................................... pečiatka a podpis lekára |
|  |

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

* lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov)
* právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak bolo vydané)
* posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný obcou, vyšším územným celkom alebo komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie (ak bol vydaný).