**Obec Valaská – starosta obce**

Námestie 1. mája 460/8 976 46 Valaská, telefón: 048/6711501, fax: 048/6711560 e-mail: [valaska@valaska.sk](mailto:valaska@valaska.sk)

**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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** | |
| **Meno a priezvisko (rodné)** ..................................................................................................... | |
| **Dátum a miesto narodenia** ......................................... **Rodné číslo** ......................................  **Adresa trvalého pobytu**.................................................................................**PSČ**..................  **Adresa aktuálneho pobytu**......................................................................................................  **Rodinný stav**......................................................... **Štátne občianstvo**.....................................  **Sociálne postavenie** .................................................................................................................  **Telefón**...........................................................**Mobil**.................................................................  **E-mail**........................................................................................................................................ | |
|  | |
| **2. Kontaktná osoba**  **alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony** (príp. kontaktné údaje osoby, u ktorej sa žiadateľ zdržiava)**:**  **Meno a priezvisko**...................................................................................................................  **Bydlisko**.......................................................................................................**PSČ**..................... | |
| **Telefón**.......................................................**Mobil**.....................................................................  **E-mail**........................................................................................................................................ | |
|  | |
| **3. Žiadateľ býva\*:** |  |
| □ Vo vlastnom dome  □ Vo vlastnom byte  □ V podnájme  □ Iné (uveďte).................................................................................................................  Počet obytných miestností......................................................................................................... | |
| Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.......................................................................... | |
| \* hodiace sa zaškrtnite | |
| **4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená\* -** | |
| □ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)  □ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)  □ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  □ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby) | |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\*:** |
| □ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)  □ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)  □ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  □ Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)  □ Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)  □ Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:** |
| ....................................................................................................................................................... |
| ....................................................................................................................................................... |
| ....................................................................................................................................................... |
| **Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**  .......................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................... |

\*nehodiace sa preškrtnite

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):** | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | bydlisko |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom**  **v spoločnej domácnosti):** | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | bydlisko |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Čestné prehlásenie:** | |
| Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby. | |
| Dňa............................... ......................................................................... | |
|  | Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**  Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.  Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v bode 2 sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb. |
| Dňa................................. .......................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**  V súlade s § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem svoj výslovný a bezvýhradný súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Som si vedomý/á toho, že odvolanie tohto súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založeného na súhlase pred jeho odvolaním. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 až 30 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. |
| Dňa................................. .......................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **11.** Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** 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 ošetrujúceho lekára |

**Prílohy:**

* Kópie lekárskych správ, lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**Ak sú vydané aj:**

* Kópia komplexného posudku vydaného po roku 2009 príslušným ÚPSVaR na účely kompenzácie dôsledkov ŤZP
* Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom
* Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)
* Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony