

OBEC MLYNKY
Prostredný Hámor 324
053 76 MLYNKY

Pečiatka, dátum podania žiadosti

Žiadosť
o posúdenie
odkázanosti na
sociálnu službu

1. Žiadateľ

priezvisko (u žien aj rodné)

meno

2. Dátum narodenia

deň, mesiac, rok

miesto

okres

3. Adresa trvalého pobytu: _____

obec

ulica, číslo

PSČ

okres

Adresa súčasného pobytu

(ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu): _____

obec

ulica, číslo

PSČ

4. Štátne občianstvo

5. Rodinný stav

slobodný (á)

ženatý, vydatá

rozvedený (á)

ovdovený (á)

6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie:

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie opatrovateľskej služby

Denný stacionár

Opatrovateľská služba

Prepravná služba

7. Forma sociálnej služby:

terénna (OS)

ambulantná

pobytová

iná

8. Pôvodné povolanie a vzdelanie:

9. Záľuby žiadateľa:

10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____

Mesačne eur _____

Iné príjmy _____

11. Žiadateľ býva: vo vlastnom dome vo vlastnom byte v podnájme

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb?

a) Ako už bola vlastným príčinením žiadateľa riešená sociálna situácia

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Bydlisko, tel. číslo

14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Bydlisko, tel. číslo

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony:

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb:

ÁNO – v ktorom _____ NIE

18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol-a pravdivé a som si vedomý-á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Obci Mlynky, Prostredný Hámor 324, 053 76 Mlynky v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním zariadeniu sociálnych služieb na účel súvisiaci so zabezpečením a poskytovaním sociálnej služby. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného Obci Mlynky.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Dňa _____

 Pečiatka a podpis lekára

22. Kontaktná osoba:**Telefónne číslo:****e-mail:****Vzťah k žiadateľom:****23. Zoznam príloh**

- Posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účel kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného stavu, ak tento bol vydaný.
- 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“.
- Potvrdenie o výške dôchodku vydané Sociálnou poisťovňou.