|  |
| --- |
| **Mesto Košice** |
|  |
| **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** | | |
| **Meno a priezvisko**.................................................................................................................. | | |
| **Dátum narodenia**............................................**Rodné číslo**....................................................  **Rodinný stav**....................................................**Štátne občianstvo**.........................................  **Adresa trvalého pobytu**.........................................................................................................  **Adresa aktuálneho pobytu**....................................................................................................  **Telefón**.........................................................**Mobil**.................................................................  **E-mail**......................................................................................................................................  **Druh dôchodku**.......................................................................................................................  **Výška dôchodku**..................................................................................................................... | | |
|  | | |
| **2. Kontaktná osoba (zákonný zástupca alebo opatrovník, ak je žiadateľ obmedzený**  **v spôsobilosti na právne úkony\*):**  **Meno a priezvisko**..................................................................................................................  **Bydlisko**.................................................................................................................................. | | |
| **Telefón**.......................................................**Mobil**...................................................................  **E-mail**...................................................................................................................................... | | |
| \* v prípade obmedzenia žiadateľa v spôsobilosti na právne úkony je potrebné priložiť kópiu  rozhodnutia príslušného súdu | | |
| **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\* -**  **je možné vyznačiť iba jeden 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) | | |

\* 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  □ Iný druh sociálnej služby (uveďte druh služby)............................................................ |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **6. Odôvodnenie potreby poskytovania sociálnej služby:** |
| ...................................................................................................................................................... |
| ...................................................................................................................................................... |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):** | | | |
| **Meno a priezvisko** | | **Príbuzenský vzťah** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Iní rodinní príslušníci, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka,**  **deti, iní príbuzní):** | | | |
| **Meno a priezvisko** | | **Príbuzenský vzťah** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **8. Čestné prehlásenie:** | | |
| Týmto čestne prehlasujem, že vo veci posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, o ktorú žiadam, nevedie iný správny orgán konanie zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení. | | |
| Dňa............................... ......................................................................... | | |
|  | Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu alebo opatrovníka) | |

|  |
| --- |
| **9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**  Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. |
| Dňa................................. .......................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu alebo opatrovníka) |

|  |
| --- |
| **10. Oboznámenie sa s čl. 13 Nariadenia o ochrane osobných údajov:**  Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorý je zverejnený na webovom sídle prevádzkovateľa www.kosice.sk a na úradnej tabuli v priestoroch prevádzkovateľa. |
| Dňa................................. .......................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu alebo opatrovníka) |

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

* Kópia lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie **nie staršieho ako šesť mesiacov**
* Kópia rozhodnutia o výške dôchodku
* Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)

**Ak sú vydané:**

* 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