

Splnomocnenie

Dolu podpísaný/á, nar.,

týmto splnomocňujem,

nar., bytom

na moje zastupovanie v celom konaní o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V....., dňa.....

.....
podpis

Potvrdenie

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR 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 ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Podpísaný **MUDr.** :.....

ošetrojúci lekár pána/pani:

bytom:

týmto potvrdzujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas:

Meno, priezvisko a príbuzenský pomer:

.....

V dňa

.....
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky