

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle 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

1. Žiadateľ

meno a priezvisko

rodné priezvisko

2. Dátum narodenia č. obč. preukazu

3. Adresa trvalého pobytu

Ulica a číslo domu.....

PSČ okres

telefón e-mail

prechodný pobyt

Korešpondenčná adresa.....

4. Štátne občianstvo.....

5. Rodinný stav (*hodiace sa zakrúžkujte*):

- slobodný/á
- ženatý
- vydatá
- rozvedený/á
- ovdovený/á
- žije s druhom (družkou)

6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku

suma mesačne:.....

7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zakrúžkujte) :

*** je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby**

- zariadenie pre seniorov /domov dôchodcov/
- zariadenie opatrovateľskej služby
- opatrovateľská služba
- iné

Poznámka:

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na soc. službu sa podáva príslušnej obci v mieste trvalého bydliska žiadateľa. Tlačivo žiadosti o posúdenie odkázanosti na uvedený druh soc. služby Vám poskytne obec.

8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zakrúžkujte)

- ambulatná
- terénna
- pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)

9. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený (hodiace sa zakrúžkujte):

- ťažké zdravotné postihnutie
 - nepriaznivý zdravotný stav
 - dovŕšenie dôchodkového veku
 - iné vážne dôvody (uved'te)
-

10. Žiadateľ býva:

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme
- u príbuzných
- iné (uved'te).....

Počet obytných miestností:

Počet osôb žijúcich v spoločnej domácnosti

11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – č. tel.

12. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – č. tel.

13. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

meno a priezvisko zákonného zástupcu.....

adresa PSČ

telefón e-mail

14. Bol už žiadateľ umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?

- Áno v ktorom.....
- Nie

Čestné vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý – á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V dňa.....

.....
vlastnoručný podpis

Poučenie:

1. Ak žiadateľ nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba.
2. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave** fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a **lekársky nález** na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.
3. Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny **na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný inou obcou alebo VÚC, ak bol tento vydaný a právoplatné **rozhodnutie o zbavení spôsobilosti** na právne úkony ak bolo toto vydané.

Spracovanie osobných údajov žiadateľa:

Obec Malé Uherce spracúva osobné údaje dotknutých osôb v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní /živnostenský zákon/ v znení neskorších predpisov posudzujúci zdravotný pracovník pri výkone zdravotnej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti /zmluvný lekár/.

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia :

Bydlisko :

I. Anamnéza

a/ osobná /So zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu/:

b/ subjektívne ťažkosti :

I. Objektívny nález:

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie.

II.A*

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená:

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
- pri hypertenzii stupeň WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie /spirometria/,
- pri zažívacích ochoreniach /sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, a ďalšie/,
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie /angiopatia, neuropatia, diabetická noha/,
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, periméter, slovná alebo objektívna audiometria,
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziolog. nález.

II.B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

a/ popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením /goniometria v porovnaní s druhou stranou/

b/ priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko-rehabilitačný nález/FBLR nález/, röntgenologický nález /RTG/, elektromyografické /EMG/, elektroencefalografické vyšetrenia/EEG/, výsledok počítačovej tomografie /CT/, nukleárnej magnetickej rezonancie /NMR/, denzitometrické vyšetrenie, ak nie je sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

** Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.*

III. Diagnostický záver /podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením/

V dňa

Podpis lekára, ktorý lekársky nález
vypracoval a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely 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) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) Obec Malé Uherce uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol/a som oboznámený/á s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý/á aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V dňa

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

/alebo zákonného zástupcu, ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu/

Spracovanie osobných údajov žiadateľa:

Obec Malé Uherce spracúva osobné údaje dotknutých osôb v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.

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

P o t v r d e n i e

z ÚPSVaR, že sa žiadateľovi o sociálnu službu – opatrovateľskú službu

Meno : Priezvisko :

Dátum narodenia : Rodné číslo :

Trvalý pobyt :

NEPOSKYTUJE :

POSKYTUJE :

- príspevok na osobnú asistenciu inou fyzickou osobou
- peňažný príspevok za opatrovanie

V dňa

.....
Podpis a pečiatka
pracovníka ÚPSVaR

Obec Malé Uherce
Uherecká 110/96
958 03 Malé Uherce

Vzdanie sa práva na odvolanie

Za Obecný úrad

Účastník konania

.....

.....

Podpísaný/á:

rodné číslo:

číslo obč. preukazu:

trvale bytom:

Využívam svoje právo v zmysle § 53 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov a vzdávam sa týmto opravného prostriedku písomného alebo ústneho práva na odvolanie proti rozhodnutiu o odkázanosti na sociálnu službu

č.zo dňa.....

Prehlasujem, že som si vedomý/á, že po vzdaní sa práva na odvolanie nie je možné voči uvedenému rozhodnutiu podať riadny opravný prostriedok (odvolanie).

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som prevzal/a:

2x originál posudok o odkázanosti na sociálnu službu č..... zo dňa 2x

originál rozhodnutie č..... zo dňa.....

.....

.....

podpis povereného
zamestnanca OcÚ

podpis účastníka konania
(alebo splnomocnenej osoby)