



# Obec Hajnáčka

Hajnáčka č. 484, 980 33 Hajnáčka

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

<b>1. Žiadateľ</b>		
.....	.....	.....
meno	priezvisko	titul
<b>2. Dátum narodenia</b> .....		
<b>3. Adresa trvalého pobytu</b>		
.....	.....	.....
obec	ulica, číslo	PSČ
.....		
Aktuálny pobyt (miesto, kde sa žiadateľ v súčasnosti zdržiava)		
<b>4. Kontakty na žiadateľa:</b>		
Telefón: ..... E – mail: .....		
Kontakt na príbuzných: .....		
<b>5. Štátne občianstvo</b> .....		
<b>6. Rodinný stav</b> (hodiace sa zaškrtnite):		
slobodný (á) <input type="checkbox"/>	rozvedený (á) <input type="checkbox"/>	
ženatý <input type="checkbox"/>	ovdovený (á) <input type="checkbox"/>	
vydatá <input type="checkbox"/>		
Žijem s druhom (s družkou) .....		
<b>7. Životné povolanie a osobné záujmy:</b>		
.....	.....	.....
Životné povolanie		Osobné záujmy žiadateľa
<b>8. Ak je žiadateľ dôchodca :</b> druh dôchodku .....		
<b>9. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená</b> (hodiace sa zaškrtnite)		
<input type="checkbox"/> Domáca opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/> Zariadenie opatrovateľskej služby	
<input type="checkbox"/> Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/> Denný stacionár	
<b>10. Forma sociálnej služby</b> (hodiace sa zaškrtnite)		
<input type="checkbox"/> terénna	<input type="checkbox"/> týždenný pobyt	<input type="checkbox"/> denný pobyt
<input type="checkbox"/> ambulatná	<input type="checkbox"/> celoročný pobyt	

**11. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite)**

- vo vlastnom dome                                      počet obytých miestností .....
- vo vlastnom byte                                        počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....
- v podnájme

**12. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

.....

.....

.....

.....

.....

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Tel. kontakt

**14. Rodinní príbuzní nežijúci so žiadateľom v spoločnej domácnosti :**  
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Tel. kontakt

**15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

.....

.....

.....

.....

.....

**16. Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina?**

.....

.....

.....

.....

**17. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony :**

.....  
Meno a priezvisko

.....  
Adresa zákonného zástupcu

.....  
Telefón

.....  
E-mail

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

Áno  v ktorom .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby : .....

**19. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?**

Áno

Nie

**20. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**21. Zoznam príloh (hodiace sa zaškrtnite)**

- komplexný posudok vydaný úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- posudok o 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“

**Poznámka :** Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

**Potvrdenie lekára :** Potvrďujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára