**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**1. Žiadateľ :**

Meno a priezvisko: ....................................................................................................................................

Rodné priezvisko (u žien): .........................................................................................................................

**2. Dátum narodenia:** ................................................................................................................................

**3. Rodné číslo:**..........................................................................................................................................

**4. Adresa trvalého pobytu**: .....................................................................................................................

* **Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu:**

…................................................................................................................................................................

**5. Telefonický kontakt**........................................................ **E-mail**..........................................................

**6. Štátne občianstvo:**….............................................................................................................................

**7. Rodinný stav ( hodiace sa zaškrtnite):**

slobodný/á 

ženatý 

vydatá 

rozvedený/á 

ovdovený/á 

Žijem s druhom (s družkou)......................................................................................................................

**8. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku:** ..........................................................................................

výška dôchodku: …....................................................................................................................................

**9. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite):

opatrovateľská služba /terénna forma/ 

zariadenie pre seniorov /pobytová forma/ 

zariadenie opatrovateľskej služby /pobytová forma/ 

**10. Žiadateľ býva** (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome 

vo vlastnom byte 

v podnájme 

**11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby?**

….............................................................................................................................................................. ….............................................................................................................................................................. …..............................................................................................................................................................

**12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:** (manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko: Príbuzenský pomer: Rok narodenia: …............................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................. …................................................................................................................................................................

 **13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:**  (manželka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko: Príbuzenský pomer: Rok narodenia: …................................................................................................................................................................ …................................................................................................................................................................ …................................................................................................................................................................ …................................................................................................................................................................

**14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?**

...............................…................................................................................................................................. …................................................................................................................................................................ …................................................................................................................................................................

**15. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/ sama podať žiadosť o posúdenie
odkázanosti na sociálnu službu, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:**  …........................................................................................................................................................

Dňa: ............................ ........................................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

**16. Potvrdenie ošetrujúceho lekára:**

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ...................................................................vzhľadom na svoj zdravotný stav môže /nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: ............................. ..................................................................

pečiatka a podpis lekára

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

Meno a priezvisko: …............................................................................................................................... Adresa zákonného zástupcu: …................................................................................................................ Telefónny kontakt: ….................................................. E- mail: …........................................................

**18. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

V zmysle zákona č. 18/2018 Z .z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obce Banka. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osoby (zariadeniam sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti Obce Banka) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa........................... …….........................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

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

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa .......................... ...............................................................

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**19. Zoznam príloh:**

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, 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“

V .................................. dňa................................. ...............................................................

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)