

ŽIADOSŤ o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Obecný úrad Kluknava, č. 177, 053 51 Kluknava
v zmysle zákona 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).	Odtlačok pečiatky podateľne

A. Údaje o žiadateľovi

Meno:	Priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodinný stav:	Štátne občianstvo:
Trvalé bydlisko:		
Aktuálny pobyt:		Kontakt:

B. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie

Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby	<input type="checkbox"/>	Prepravná služba	<input type="checkbox"/>
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>		

C. Forma sociálnej služby

ambulantná	<input type="checkbox"/>	Pobytová	
terénna	<input type="checkbox"/>	denný pobyt	<input type="checkbox"/>
pobytová	<input type="checkbox"/>	týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
iná	<input type="checkbox"/>	celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

D. Kontaktná osoba

Meno:	Priezvisko:
Vzťah so žiadateľom :	
Telefónne číslo:	E-mail:
<p>Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov: Udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých Obci Kluknava, č.177, 053 51 Kluknava podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tomto bode, a to pre účely konania o odkázanosti na sociálnu službu žiadateľa uvedeného v bode 1. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a možno ho kedykoľvek odvolať.</p>	
Dňa: podpis kontaktnej osoby

E. Bytové pomery žiadateľa

Druh nehnuteľnosti	Právny vzťah		
rodinný dom	<input type="checkbox"/>	vlastník/spoluvlastník	<input type="checkbox"/>
byt	<input type="checkbox"/>	nájomca	<input type="checkbox"/>
		podnájomník	<input type="checkbox"/>

F. Údaje o príbuzných (manžel/ka, deti, iní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah

G. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony*

Meno:	Priezvisko:	Titul:
Trvalé bydlisko:		
Kontakt:		
Číslo rozhodnutia:	Právoplatné dňa:	

* k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

H. Príjem žiadateľa

Starobný dôchodok	<input type="checkbox"/>	Výsluhový dôchodok	<input type="checkbox"/>
Vdovský / vdovecký	<input type="checkbox"/>	Iný príjem :	
Invalidný	<input type="checkbox"/>	Mesačne príjem:	

I. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti hlásiť zmeny rozhodujúcich skutočností.

Dňa:

.....
podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa :

.....
pečiatka a podpis lekára

K žiadosti je potrebné doložiť:

- lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov)
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony (ak bolo vydané)
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný obcou, vyšším územným celkom alebo komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie (ak bol vydaný).