

<b>OBEČ LIKAVKA</b> Obecný úrad Jánovčikova 815 03495 Likavka	<b>Žiadosť</b> <b>o posúdenie odkázanosti na</b> <b>sociálnu službu</b>	Pečiatka, dátum podania žiadosti
<b>1. Žiadateľ</b> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>priezvisko (u žien aj rodné)</span> <span>meno</span> </div>		
<b>2. Dátum narodenia</b> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>deň, mesiac, rok</span> <span>miesto</span> <span>okres</span> </div>		
<b>3. Adresa trvalého pobytu</b> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>obec /PSČ/</span> <span>ulica, číslo</span> <span>okres</span> </div> <b>Adresa prechodného pobytu:</b> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>obec /PSČ/</span> <span>ulica, číslo</span> <span>okres</span> </div>		
<b>4. Štátne občianstvo</b> _____		
<b>5. Rodinný stav</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>slobodný (á) <input type="checkbox"/></li> <li>ženatý, vydatá <input type="checkbox"/></li> <li>rozvedený (á) <input type="checkbox"/></li> <li>ovdovený (á) <input type="checkbox"/></li> <li>žijem s druhom (družkou) <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<b>6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/></li> <li>Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<b>7. Forma sociálnej služby *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>terénna <input type="checkbox"/></li> <li>pobytová <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<b>8. Pôvodné povolanie a vzdelanie</b> _____		
<b>9. Záľuby žiadateľa</b>		
<b>10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku</b> _____ Iné príjmy _____		

11. Žiadateľ býva \* vo vlastnom dome   
 vo vlastnom byte   
 v podnájme

Počet obytných miestností : \_\_\_\_\_

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb

12 a) Ako bola už vlastným pričinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

**17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?**

áno, v ktorom

nie

**18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

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

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

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 (zákonného zástupcu alebo rodinného   
 príslušníka)

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

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých OBCI Likavka, 03495 Likavka, podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 (zákonného zástupcu alebo rodinného   
 príslušníka)

**21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 pečiatka a podpis lekára

**22. Zoznam príloh**

- 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“

\*hodiace sa zaškrnite !