



## OBEC BACÚCH

Obecný úrad, Hlavná 279/43, 976 64 Bacúch

IČO: 00313254, DIČ: 2021223028

tel.: 048/6188301, email: obecnyurad@bacuch.sk

### Žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

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

#### 1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko (rodné) .....

Dátum a miesto narodenia ..... Rodné číslo .....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

Adresa aktuálneho pobytu.....

Rodinný stav..... Štátne občianstvo.....

Sociálne postavenie .....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

#### 2. Kontaktná osoba

alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony (príp. kontaktné údaje osoby, u ktorej sa žiadateľ zdržiava):

Meno a priezvisko.....

Bydlisko.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

#### 3. Žiadateľ býva\*:

- Vo vlastnom dome
- Vo vlastnom byte
- V podnájme
- Iné (uved'te).....

Počet obytných miestností.....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....

\* hodiace sa zaškrtnite

**4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba opätovne posúdená\***

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

\* hodiace sa zaškrtnite

**5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\*:**

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

\* hodiace sa zaškrtnite

**6. Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby priznaný právoplatným rozhodnutím\*:**

- I. stupeň
- II. stupeň
- III. stupeň
- IV. stupeň
- V. stupeň
- VI. stupeň

Číslo právoplatného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu .....  
zo dňa .....

\* hodiace sa zaškrtnite

**7. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu opätovného posúdenia poskytovania sociálnej služby:**

.....  
.....  
.....

**8. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia
<b>Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti):</b>		
Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

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

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

Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v bode 2 sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

Dňa.....

.....  
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

V súlade s § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem svoj výslovný a bezvýhradný súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, 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. Som si vedomý/á toho, že odvolanie tohto súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založeného na súhlase pred jeho odvolaním. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 až 30 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

Dňa.....

.....  
Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**11. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.**

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa.....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

**Prílohy:**

- Kópia lekárskeho nález, lekárskeho nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**Ak sú vydané aj:**

- Kópia komplexného posudku vydaného po roku 2009 príslušným ÚPSVaR na účely kompenzácie dôsledkov ŤZP
- Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom
- Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony