|  |  |
| --- | --- |
| Obec Mníšek nad Hnilcom*Obecný úrad Mníšek nad Hnilcom**055 64 Mníšek nad Hnilcom 292*IČO: 00329380, DIČ: 2021259416tel. 053/4896113, 4799112-4, www.mnisek.sk | **ŽIADOSŤ****o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu***(v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení § 80 bod c))* |

*Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.*

|  |
| --- |
| **Údaje o žiadateľovi**  |
| Meno, priezvisko: |  | rodné priezvisko: |  |
| Dátum narodenia: |  | rodné čís.:  |  | Rodinný stav: |  |
| Bydlisko: |  | štátne občianstvo: |  |
| Telefón: |  | e-mail: |  |

|  |
| --- |
| ***Kontaktná osoba alebo zákonný zástupca\*,*** *ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony: \*hodiace sa zaškrtnite* |
| Meno, priezvisko | príbuzenský vzťah | adresa bydliska | č. tel. | e-mail |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Rodinní príslušníci žiadateľa** |
| Meno, priezvisko | príbuzenský vzťah | adresa bydliska | č. tel. | e-mail | žije so žiadateľom v spoloč. domácnosti?  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený** *(hodiace sa zaškrtnite x)* |
|  | Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba) |
|  | Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná) |
|  | Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby) |
|  | Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby) |
|  | Prepravná služba |
| v ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?: |

|  |
| --- |
| **V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby** *(hodiace sa zaškrtnite x)* |
|  | Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba) |
|  | Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná) |
|  | Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby) |
|  | Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby) |
|  | Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny) |
|  | Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby |

|  |
| --- |
| **Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:****…...........................................................................................................................................................……………..****…...........................................................................................................................................................……………..****…...........................................................................................................................................................……………..****Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?****…...........................................................................................................................................................……………..****…...........................................................................................................................................................……………..****Potreba bezodkladného poskytnutia sociálnej služby § 8 ods. 6**  áno - nie  |

|  |
| --- |
| ***„****Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.* *Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle www.osobnyudaj.sk/informovanie, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.*  |

|  |
| --- |
| **Čestné vyhlásenie žiadateľa**Čestne vyhlasujem, že:- všetky údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov- na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby V Mníšku nad Hnilcom, dňa …............………….. …....................................................... podpis žiadateľa/zákonného zástupcu |

|  |
| --- |
| 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:**

□ Kópie lekárskych správ, lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**Ak sú vydané aj:**

□ Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom

□ Kópia rozhodnutia/posudku vydaného ÚPSVaR (napr. o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie, kompenzácie dôsledkov ŤZP a pod.)

□ Právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony