|  |  |
| --- | --- |
|  **Ž I A D O S Ť****o posúdenie odkázanosti** **na sociálnu službu** | **OBEC RICHNAVA**Odtlačok pečiatky podateľne  |

 ***Údaje o žiadateľovi***

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko: Titul:  |
| Dátum narodenia: Rodinný stav: Soc. postavenie:: |
| Trvalé bydlisko: ul.č.: PSČ:  |
| Štátne občianstvo:  |
| Potreba bezodkladného poskytnutia Soc. služby § 8 odst. 6 : ano/nie Tel. číslo:  |

1. **Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie**

|  |  |
| --- | --- |
| Zariadenie pre seniorov □Zariadenie opatrovateľskej služby □Denný stacionár □ | Opatrovateľská služba □Prepravná služba □ |

1. **Forma sociálnej služby**

|  |  |
| --- | --- |
| ambulantná □terénna □pobytová □iná □ | **Pobytová**denný pobyt □týždenný pobyt □celoročný pobyt □ |

1. **Odôvodnenie žiadosti**

|  |
| --- |
|  |

1. **Prečo rodinní príslušníci nemôžu zabezpečiť starostlivosť?**

|  |
| --- |
|  |

## **Bytové pomery žiadateľa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Druh nehnuteľnosti**rodinný dom □byt □ | **Právny vzťah** vlastník/spoluvlastník □nájomca □podnájomník □ |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Trvalé bydlisko | Zamestnávateľ (škola) | Príbuzenský vzťah | Kontakt (číslo telefónu) |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| Meno: Priezvisko:  |
| Dátum narodenia: Kontakt:  |
| Trvalé bydlisko:  |
| Číslo rozhodnutia: Právoplatné dňa:  |

1. **Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov**

|  |
| --- |
| V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obecného úradu Richnava, so sídlom Richnava č.124, 05351 Richnava. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti pri zabezpečení sociálnej služby. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného Obecnému úradu Richnava.Dňa: .................................... ......................................................... podpis žiadateľa / zákonného zástupcu |

1. **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 ošetrujúceho 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 zabezpečenie poskytovania sociálnej služby.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)