

Košický samosprávny kraj	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka, dátum podania žiadosti
1. Žiadateľ _____ priezvisko (u žien aj rodné) meno		
2. Dátum narodenia _____ deň, mesiac, rok miesto okres		
3. Adresa trvalého pobytu: _____ obec ulica, číslo PSČ okres Telefónne číslo: _____ 3a. Adresa súčasného pobytu: _____ obec ulica, číslo PSČ okres Telefónne číslo: _____		
4. Štátne občianstvo _____		
5. Rodinný stav <ul style="list-style-type: none"> slobodný (á) <input type="checkbox"/> ženatý, vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> ovdovený (á) <input type="checkbox"/> žijem s druhom (družkou) <input type="checkbox"/> 		
6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie * <ul style="list-style-type: none"> Zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko <input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> 		
7. Forma sociálnej služby * <ul style="list-style-type: none"> terénna <input type="checkbox"/> ambulantná <input type="checkbox"/> pobytová <input type="checkbox"/> iná <input type="checkbox"/> 		

8. Pôvodné povolanie a vzdelanie _____		
9. Záľuby žiadateľa _____		
10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____ Iné príjmy _____		
11. Žiadateľ býva * vo vlastnom dome <input type="checkbox"/> vo vlastnom byte <input type="checkbox"/> v podnájme <input type="checkbox"/> Počet obytných miestností _____		
12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb _____ _____		
12 a) Ako bola už vlastným príčinením 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, súrodenci 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, opatrovníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Košickému samosprávnemu kraju, Námestie Maratónu mieru 1 Košice, 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, opatrovníka)

21. Zoznam príloh

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- 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 !

Poznámka : Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Potvrdenie lekára : Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu služby.

Pečiatka a podpis lekára