

<b>Ž I A D O S Ť</b> <b>o posúdenie odkázanosti</b> <b>na sociálnu službu</b>	Obec Chrasť nad Hornádom, č. 165, 053 63 Sp. Hrušov
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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).	Odtlačok pečiatky podateľne

#### A. Údaje o žiadateľovi

Meno:	Priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodinný stav:	Štátne občianstvo:
Trvalé bydlisko:		
Aktuálny pobyt:		Kontakt:

#### B. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie

Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby	<input type="checkbox"/>	Prepravná služba	<input type="checkbox"/>
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>		

#### C. Forma sociálnej služby

ambulantná	<input type="checkbox"/>	<b>Pobytová</b>	
terénna	<input type="checkbox"/>	denný pobyt	<input type="checkbox"/>
pobytová	<input type="checkbox"/>	týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
iná	<input type="checkbox"/>	celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

#### D. Kontaktná osoba

Meno:	Priezvisko:
Vzťah so žiadateľom :	
Telefónne číslo:	E-mail:
<p><b>Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov:</b>          Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Obci Chrasť nad Hornádom, č.165, 053 63 Spišský Hrušov, podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tomto bode, a to pre účely konania o odkázanosti na sociálnu službu žiadateľa uvedeného v bode 1. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a možno ho kedykoľvek odvolať.</p>	
Dňa: .....	..... podpis kontaktnej osoby

#### E. Bytové pomery žiadateľa

<b>Druh nehnuteľnosti</b>	<b>Právny vzťah</b>
rodinný dom	<input type="checkbox"/>
byt	<input type="checkbox"/>
	vlastník/spoluvlastník
	<input type="checkbox"/>
	nájomca
	<input type="checkbox"/>
	podnájomník
	<input type="checkbox"/>

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah

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

Meno:	Priezvisko:	Titul:
Trvalé bydlisko:		
Kontakt:		
Číslo rozhodnutia:	Právoplatné dňa:	

\* k žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť

**H. Príjem žiadateľa**

Starobný dôchodok	<input type="checkbox"/>	Výsluhový dôchodok	<input type="checkbox"/>
Vdovský / vdovecký	<input type="checkbox"/>	Iný príjem : .....	
Invalidný	<input type="checkbox"/>	Mesačne príjem: .....	

**I. 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 ošetrojúceho 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 posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

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)
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný obcou, vyšším územným celkom alebo komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie (ak bol vydaný).