

|  |  |
| --- | --- |
|  | pečiatka podateľne Úradu BSK |
| **Žiadosť o 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“). |
| **Meno, priezvisko a titul fyzickej osoby, ktorá má byť posúdená:** |  |
| **Dátum narodenia:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| **Adresa pre korešpondenciu** (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)**:** |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Rodinný stav:** |  |
| **Kontaktná osoba** (meno a priezvisko)**:****Telefonický kontakt, e-mail:** |  |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:** (vyznačte symbolom „X“) |
| **domov sociálnych služieb**sociálna služba sa poskytuje fyzickej osobe **do dovŕšenia dôchodkového veku** |  |
|  |  |  |
|  |
| **špecializované zariadenie**sociálna služba sa poskytuje fyzickej osobe s diagnózou najmä **Parkinsonova choroba,** **Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia, hluchoslepota, AIDS, organický psychosyndróm ťažkého stupňa** |  |
|  |  |  |
|  |
| **rehabilitačné stredisko** (na určitý čas)sociálna služba na účely sociálnej rehabilitácie sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ktorá je slabozraká, nepočujúca alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť |  |
|  |  |  |
|  |
| **zariadenie podporovaného bývania**sociálna služba sa poskytuje fyzickej osobe od **16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku**, ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život |  |
|  |  |  |
|  |
| **Zákonný zástupca alebo súdom ustanovený opatrovník posudzovaného,** ak nie je posudzovaný spôsobilý na právne úkony: |
| **Meno, priezvisko a titul:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| **Telefonický kontakt:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:** |
| Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/a podľa skutočnosti a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Zároveň vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v tejto žiadosti, sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | dňa |  |  |
|  |  |
|  | **\* vlastnoručný podpis** osoby, ktorá má byť posúdená, prípadne zákonného zástupcu alebo opatrovníka |

**\*** Ak osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nedokáže sama podať a podpísať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave podať a podpísať žiadosť aj iná osoba, ktorá doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti, prípadne kópiu Generálnej plnej moci a podobne.

**Povinné prílohy k žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu - kópie:**

1. Aktuálne lekárke nálezy (nie staršie ako 6 mesiacov)
2. **\*** Potvrdenie ošetrujúceho lekára (ak vzhľadom na svoj zdravotný stav osoba nedokáže sama podať a podpísať žiadosť) alebo Generálna plná moc
3. Právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony (u osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony) alebo uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka (ak je súdom uznesenie vydané)
4. Právoplatné rozhodnutie súdu (ak bolo vydané) o uloženej ochrannej liečbe, ochrannej výchove, ochrannom dohľade alebo umiestnení v detenčnom ústave