|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
| **OBEC HRANOVNICA**  **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** | |
|  | |
| **1. Žiadateľ/žiadateľka** | | |
| **Meno a priezvisko** …........................................................................................................ | | |
| **Dátum narodenia** ….........................................................................................................  **Rodinný stav**  …...................…....................................**Štátne občianstvo** ….............  **Adresa trvalého pobytu** …...................................................................................................  **Adresa aktuálneho pobytu**....................................................................................................  **Telefón / mobil** …..........................................................................................................  **E-mail**......................................................................................................................................  **Druh dôchodku**  …......................................................................... …..............................  **Výška dôchodku** …..................................................................................................... | | |
|  | | |
| **2. Kontaktná osoba**  **a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**  **Meno a priezvisko**  …............................................................................................................  **Bydlisko**.......................................................................................................**PSČ**.................... | | |
| **Telefón**.......................................................**Mobil**.....................................................................  **E-mail**....................................................................................................................................... | | |
|  | | |
| **3. Žiadateľ býva\*:** |  | |
| □ Vo vlastnom dome  □ Vo vlastnom byte  □ V podnájme  □ Iné (uveďte)  Počet obytných miestností …............. | | |
| Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti …...............  \* hodiace sa zaškrtnite | | |
|  | | |
| **4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená\* -**  **je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby:** | | |
| □ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)  □ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)  **□** Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  **□** Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby) | | |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\*:** |
| □ Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)  □ Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)  □ Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  **□** Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)  □ Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)  □ Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby |

\* hodiace sa zaškrtnite

|  |
| --- |
| **6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:** |
|  |
|  |
|  |
| **Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):** | | |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom**  **v spoločnej domácnosti):** | | |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Čestné prehlásenie:** | |
| Týmto čestne prehlasujem, že 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. | |
| Dňa............................... ......................................................................... | |
|  | Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. 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 v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**  Obec Hranovnica spracúva osobné údaje uvedené v tejto žiadosti podľa § 94a 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. Spracovanie osobných údajov poskytovateľom sociálnej služby je 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 (GDPR) a je v súlade s ustanovením § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov |
| Dňa................................. .......................................................................  Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  (Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa) |

|  |
| --- |
| **11.** 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
* Kópia rozhodnutia o výške dôchodku
* Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)

**Ak sú vydané aj:**

* Kópia komplexného posudku vydaného po roku 2009 príslušným ÚPSVaR na účely kompenzácie dôsledkov ŤZP
* Kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu vydaného inou obcou alebo vyšším územným celkom