



Obec Hnilec  
Huta 77/6  
053 75 Hnilec

**ŽIADOSŤ  
o posúdenie odkázanosti na  
sociálnu službu**

**1. Žiadateľ**

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko .....

**2. Dátum narodenia** .....

**3. Trvalý pobyt** .....

**Prechodný pobyt** .....

**4. Kontakty na žiadateľa**

Telefón.....e-mail.....

Kontakt na príbuzných .....

**5. Štátne občianstvo** .....

**6. Rodinný stav ( hodiace sa zaškrtnite )**

slobodný/á

ženatý, vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žijem s druhom / s družkou .....

**8. Ak je žiadateľ dôchodca:** druh a výška dôchodku .....

.....

9. **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (vyberte a označte len jeden druh sociálnej služby)

- opatrovateľská služba
- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- denný stacionár

10. **Forma sociálnej služby** (vyberte a označte len jeden druh sociálnej služby)

- terénna sociálna služba
- ambulantná sociálna služba
- pobytová sociálna služba
- iná forma sociálnej služby

11. **Žiadateľ býva** ( hodiace sa zaškrtnite )

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme
- u príbuzných

Počet obytných miestností .....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

12. **Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta )**

Meno a priezvisko	Adresa a telefónny kontakt	Príbuzenský vzťah a dátum narodenia

**14. Iní rodinní príslušníci bývajúci mimo spoločnej domácnosti**

Meno a priezvisko	Adresa a telefónny kontakt	Príbuzenský vzťah a dátum narodenia

**15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa**

.....  
.....  
.....  
.....

**16. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony**

Meno a priezvisko .....

adresa zákonného zástupcu .....

Telefónny kontakt .....e-mail.....

**17. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb, alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba**

Áno  v ktorom .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby

.....

.....

**18. Máte priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny**

Áno

Nie

**19. Vyhlásenie žiadateľa ( zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka )**

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 ( zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka )

**20. Súhlas dotknutej osoby so spracovávaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých Obci Hnilec, Huta 77/6, 053 75 Hnilec podľa zákona č. 18/2018 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.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa   
 ( zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka )

Prílohy:

Lekársky nález na účely konania, vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Kópie lekárskeho správ / nie staršie ako 6 mesiacov /

Rozhodnutie o priznaní dôchodk