



Ž I A D O S Ť

o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Údaje o fyzickej osobe, ktorá má byť posúdená

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia	Telefónne číslo
Rodné priezvisko	Štátne občianstvo	

2. Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)	Okres
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

3. Adresa súčasného pobytu (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)	Okres
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

4. Kontaktná osoba

Titul, meno a priezvisko	Telefónne číslo	e-mail
--	---------------------------------	------------------------

5. Druh dôchodku (ak je žiadateľ jeho poberateľom)

druh dôchodku

6. Rodinný stav (vyznačte symbolom „X“)

<input type="checkbox"/> slobodný (á)	<input type="checkbox"/> ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/> rozvedený (á)	<input type="checkbox"/> ovdovený (á)
<input type="checkbox"/> žijem s druhom/družkou			

7. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený (vyznačte symbolom „X“)

Druh sociálnej služby	Forma sociálnej služby
<input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb	<input type="checkbox"/> denný pobyt
<input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie	<input type="checkbox"/> týždenný pobyt
<input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania	<input type="checkbox"/> celoročný pobyt
<input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko	

8. Zákonný zástupca (ak je posudzované dieťa) / **opatrovník** (ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony)

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
Adresa: Ulica	číslo
PSČ	Obec (mesto)
Telefónne číslo	e-mail
Opatrovník: Doložiť právoplatný rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok	

9. Údaje o žiadateľovi

Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

- áno (doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku)
 nie

10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. opatrovníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka)

Spracúvanie osobných údajov

Vaše osobné údaje spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: www.unsk.sk

Zoznam príloh:

- **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu** a odborné **lekárske nálezy** dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (**nie staršie ako 6 mesiacov**), alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu,
- príloha k žiadosti : **Určená osoba** (sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby určí),
- kópia právoplatného rozsudku o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannnej liečbe, ochrannnej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods.3 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 posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Žiadateľ (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
--	---------------------------------

Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSC	Obec (mesto)
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------

I. Anamnéza

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie:

II A *

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrií a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

II.B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko - rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V dňa

.....
Podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval
a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely 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 sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) vyšší územný celok uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenia žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (a) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V **dňa**

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti
na sociálnu službu

Príloha k žiadosti: Určená osoba

Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti fyzickej osoby, ktorá požiada o poskytnutie sociálnej služby; táto fyzická osoba má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie. Sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si fyzická osoba žiadajúca o poskytnutie sociálnej služby určí.

Žiadateľ

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
--	---------------------------------

Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------

u r č u j e m

v zmysle § 50 bod 9 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
--	---------------------------------

Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)
Telefónny kontakt			

len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

V dňa

.....
podpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

V dňa

.....
podpis určenej osoby

Spracúvanie osobných údajov

Vaše osobné údaje spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: www.unsk.sk