

## Mesto Košice

### Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

#### 1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....

Rodinný stav.....Štátne občianstvo.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

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 (uved'te).....

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. Oboznámenie sa s čl. 13 Nariadenia o ochrane osobných údajov:**

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov na webovom sídle prevádzkovateľa [www.kosice.sk](http://www.kosice.sk).

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, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** podať žiadosť 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 ošetrojúceho lekára

**Prílohy:**

- Kópie lekárskeho správ, lekárskeho 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