

	<b>Žiadosť o posúdenie/priznanie odkázanosti na sociálnu službu</b>
	<b>Žiadosť o preposúdenie* odkázanosti na sociálnu službu</b>

(označiť krížikom )

Podacia pečiatka

Adresát

### 1. Údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko, rodné priezvisko:

.....

Deň, mesiac, rok narodenia:

.....

Rodinný stav: (vydatá/ženatý, rozvedený/á, vdova, vdovec, slobodný/á)

.....

Trvalé bydlisko:

.....

Číslo telefónu:

.....

Prechodný pobyt:

.....

Štátna príslušnosť:

.....

Druh dôchodku:

.....

Výška dôchodku: (starobný, invalidný, vdovský, vdovecký, iný)

.....

### 2. Druh sociálnej služby

Žiadam o posúdenie/priznanie/preposúdenie odkázanosti na sociálnu službu, formou: \*hodiace sa zaškrtnite

	<input type="checkbox"/> poskytnutia domácej opatrovateľskej služby
	<input type="checkbox"/> poskytnutia sociálnej služby v zariadení pre seniorov (domov dôchodcov)
	<input type="checkbox"/> poskytnutia sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby
	<input type="checkbox"/> poskytnutia sociálnej služby v dennom stacionári

**3. Údaje o spoločne posudzovaných osobách, ktoré bývajú v spoločnej domácnosti so žiadateľom (manžel/ka, deti)**

meno, priezvisko	bydlisko	zamestnávateľ	príbuzenský vzťah	kontakt

**4. Údaje o rodinných príslušníkoch, ktorí nebývajú v spoločnej domácnosti so žiadateľom alebo údaje o inej fyzickej osobe**

meno, priezvisko	bydlisko	príbuzenský vzťah	kontakt

**5. Bytové pomery žiadateľa**

Žiadateľ je:

<input type="checkbox"/>	vlastník bytu
<input type="checkbox"/>	vlastník rodinného domu
<input type="checkbox"/>	nájomca bytu
<input type="checkbox"/>	nájomca rodinného domu
<input type="checkbox"/>	iné .....

Počet osôb, ktoré v byte bývajú .....

.....

Počet izieb, ktoré užíva žiadateľ a s ním spoločne posudzované osoby .....

.....

\*hodiace sa zaškrtnite

**6. Vyhlásenie žiadateľa**

Čestne vyhlasujem, že som nepožiadal/a ani nepoberám peňažný príspevok na osobnú asistenciu, všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé, aktuálne a poskytnuté slobodne a som si vedomý/á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov respektíve nesplnenia oznamovacej povinnosti.

V Bohúňove, dňa .....

.....  
podpis žiadateľa /zákonného zástupcu

## 7. Informovanie dotknutej osoby o spracovaní osobných údajov

**Obec Bohúňovo, 049 12 Bohúňovo č. 72, IČO: 00328111, ako poskytovateľ,** týmto informuje dotknutú osobu o tom, že jej osobné údaje uvedené v tejto žiadosti ako aj ďalšie osobné údaje nevyhnutné pre účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu, budú spracované v súlade so Zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov (ďalej len „zákon“).

### Poskytovateľ informuje dotknutú osobu o nasledovných skutočnostiach:

- ⌚ Osobné údaje, ktorých poskytnutie je dobrovoľné, budú uchovávané počas obdobia platnosti súhlasu a budú spracúvané len za účelom, na ktorý boli získané
- ⌚ V priebehu spracúvania budú osobné údaje zverejnené, sprístupnené a poskytnuté, len ak to ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis za podmienok v ňom uvedených; oprávnenie zverejnenia sa nevzťahuje na všeobecne použiteľný identifikátor dotknutej osoby podľa osobitného predpisu
- ⌚ Doba platnosti súhlasu sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby
- ⌚ Poskytnuté osobné údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.
- ⌚ Kontaktné údaje zodpovednej osoby za ochranu osobných údajov u prevádzkovateľa sú uvedené na webovom sídle prevádzkovateľa

### Práva dotknutej osoby:

- ⌚ Dotknutá osoba má právo požadovať od prevádzkovateľa prístup k svojim osobným údajom, ktoré sa ho týkajú, právo na ich opravu, vymazanie, alebo obmedzenie spracúvania, právo namietať proti spracúvaniu, ako aj právo na prenosnosť údajov
- ⌚ Súhlas so spracovaním osobných údajov má právo kedykoľvek odvolať písomnou formou na adrese prevádzkovateľa, pričom odvolanie nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním
- ⌚ Má právo obhajovať svoje práva podaním podnetu na šetrenie, sťažnosti, dozornému orgánu na Slovensku Úradu na ochranu osobných údajov v zmysle §100 zákona č. 18/20018Z.z. Dotknutá osoba týmto vyhlasuje, že bola prevádzkovateľom informovaná a poučená o svojich právach v súvislosti s ochranou osobných údajov.

V Bohúňove, dňa .....

.....  
podpis dotknutej osoby/zákonného zástupcu

## 8. Podanie žiadosti inou fyzickou osobou

Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Týmto udeľujem súhlas na podanie žiadosti inej fyzickej osobe:

.....  
(meno, priezvisko, trvalý pobyt, príbuzenský alebo iný vzťah)

Dňa .....

.....  
podpis žiadateľa

### Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/ka ..... vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

## 9. Pozbavenie spôsobilosti na právne úkony

V prípade, ak je žiadateľ pozbavený/obmedzený spôsobilosti na právne úkony je potrebné k žiadosti doložiť právoplatné rozhodnutie súdu o pozbavení spôsobilosti na právne úkony alebo iný doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

### Zoznam príloh:

- **komplexný posudok s uvedeným stupňom odkázanosti** vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP, ak tento bol vydaný, ak nie tak **lekársky nález** vystavený ošetrojúcim lekárom
- **vyhlásenie o majetku overené** notárom alebo na matrike
- **výmer o dôchodku** alebo **potvrdenie o poberaní dôchodku** žiadateľa (aktuálny rok)
- **príjem spolu posudzovanej osoby** (manžel/ka, deti)
- **právoplatné rozhodnutie o pozbavení/obmedzení spôsobilosti na právne úkony**

**Meno a priezvisko zamestnanca obce Bohúňovo .....**  
(v prípade osobne podanej žiadosti)

V Bohúňove dňa .....

\* preposúdenie odkázanosti v prípade, ak žiadateľ už bol posúdený a došlo k zhoršeniu zdravotného stavu

**Lekársky nález na účely konania vo veci posúdenia  
odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 61 zákona č. 447/ 2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytnúť zdravotné výkony na účely tohto zákona a v súlade s § 48 a 49 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.

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

**I. Anamnéza:**

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

b) subjektívne ťažkosti:

## II. Objektívny nález:

Výška:                      Hmotnosť:                      BMI:                      TK:                      P:  
(body mass index) (krvný tlak) (pulz)

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

**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 fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

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

## **II. B\***

### **Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a pourazových 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 nález), 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.

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

V ..... dňa .....

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