



**Mesto Trebišov**

M. R. Štefánika 862/204, 075 25 Trebišov

**Žiadosť  
o posúdenie odkázanosti na  
sociálnu službu**

Pečiatka, dátum podania žiadosti

**1. Žiadateľ**

priezvisko (u žien aj rodné)

meno

**2. Dátum narodenia**

deň, mesiac, rok

rodné číslo

**3. Adresa pobytu**

obec PSČ

ulica, číslo

okres

**4. Štátne občianstvo** \_\_\_\_\_

**Telefónne číslo:**

- 5. Rodinný stav**
- slobodný (á)
  - ženatý, vydatá
  - rozvedený (á)
  - ovdovený (á)
  - žijem s druhom (družkou)

- 6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie \***
- Domáca opatrovateľská služba
  - Zariadenie pre seniorov
  - Zariadenie opatrovateľskej služby
  - Denný stacionár

- 7. Forma sociálnej služby \***
- terénna
  - ambulantná
  - pobytová
  - iná

**8. Pôvodné povolanie a vzdelanie**

**9. Záruky žiadateľa**

**10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku** \_\_\_\_\_ Mesačne EUR \_\_\_\_\_  
- Iné príjmy \_\_\_\_\_

**11. Žiadateľ býva \*** vo vlastnom dome   
vo vlastnom byte   
v podnájme  Počet obytných miestností \_\_\_\_\_

**12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb**

**12 a) Ako bola už vlastným príčinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia**

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

| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer k žiadateľovi | Dátum narodenia |
|-------------------|---------------------------------|-----------------|
|                   |                                 |                 |
|                   |                                 |                 |
|                   |                                 |                 |
|                   |                                 |                 |
|                   |                                 |                 |

**14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti**

| Meno a priezvisko, adresa | Príbuzenský pomer k žiadateľovi | Dátum narodenia |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------|
|                           |                                 |                 |
|                           |                                 |                 |
|                           |                                 |                 |
|                           |                                 |                 |
|                           |                                 |                 |

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

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

áno, v ktorom

nie

18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, 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 alebo rodinného príslušníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Trebišov, M. R. Štefánika 862/204, 075 25 Trebišov 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. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 11 zákona č. 18/2018 Z. z.

Dňa \_\_\_\_\_

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

príslušníka)

**21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.**

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

**22. Zoznam príloh**

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané
- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“
- potvrdenie zo SP o výške poberaného dôchodku
- potvrdenie z ÚPSVaR o nepoberaní peňažného príspevku za opatrovanie

\*hodiace sa zaškrtnite !

**Poznámka :** Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

**Potvrdenie lekára :** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára