|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBEC MARGECANY**  **Obchodná 128/7**  **055 01 Margecany** | **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 | | miesto | | | | | | okres | |
| **3. Adresa trvalého pobytu**: obec ulica, číslo PSČ okres  **Adresa súčasného pobytu**  **(ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu):**  obec ulica, číslo PSČ | | | | | | | | | |
| **4. Štátne občianstvo** | | | | | | | | | |
| **5**. **Rodinný stav** slobodný (á) □  ženatý, vydatá □  rozvedený (á) □  ovdovený (á) □ | | | | | | | | | |
| 1. **Druh sociálnej služby**, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie: Zariadenie pre seniorov   Zariadenie opatrovateľskej služby  Denný stacionár  Opatrovateľská služba  Prepravná služba | | | | | | | | | |
| 1. **Forma sociálnej služby:** terénna (OS)   ambulantná  pobytová  iná | | | | | | | | | |
| 1. **Pôvodné povolanie a vzdelanie:** | | | | | | | | | |
| 1. **Záľuby žiadateľa:** | | | | | | | | | |
| 1. **Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   Iné príjmy **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | Mesačne eur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Žiadateľ býva**: | vo vlastnom dome □ | | vo vlastnom byte | | □ | v podnájme | □ |
| 1. **Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb?** 2. **Ako už bola vlastným pričinením žiadateľa riešená sociálna situácia** | | | | | | | |
| 1. **Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:** manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta | | | | | | | |
| Meno a priezvisko | | Príbuzenský pomer  k žiadateľovi | | Dátum narodenia | | Bydlisko, tel. číslo | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 1. **Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer  k žiadateľovi | Dátum narodenia | Bydlisko, tel. číslo | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |
| 1. **Prečo rodinný príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?** | | | | | | | |
| 1. **Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony:** | | | | | | | |
| 1. **Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb:**   **ÁNO – v ktorom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIE** | | | | | | | |
| 1. **V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?** | | | | | | | |
| 1. **Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka):**   Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol-a 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**  Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Obci Margecany, Obchodná 7, 055 01 Margecany v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním zariadeniu sociálnych služieb na účel súvisiaci so zabezpečením a poskytovaním sociálnej služby. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného Obci Margecany.  Dňa  čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu alebo opatrovníka) | | | | | | | |
| 1. **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom 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 účel kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného stavu, ak tento bol vydaný. * Posudok odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo iným vyšším územným celkom, 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 o výške dôchodku vydané Sociálnou poisťovňou. | | | | | | | |