|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 pomerk žiadateľovi | Dátum narodenia | Bydlisko, tel. číslo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomerk 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.
 |