



OBEČNÝ ÚRAD
STREDNÉ PLACHTINCE 110
991 24 Dolné Plachtince

ŽIADOSŤ O
POSÚDENIE ODKÁZANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu prevzal (a):

Pracovník (čka) obecného úradu: _____
Meno a priezvisko podpis

Dňa: _____ od p.: _____
Meno a priezvisko podpis

Žiadateľ (ka): _____
Meno Priezvisko Rodné priezvisko

Narodený (á): _____
Deň, mesiac, rok miesto narodenia okres

Bydlisko: _____
Obec ulica, číslo PSČ

Meno a adresa osoby u ktorej sa žiadateľ dlhodobo zdržiava, prípadne jej telefónne číslo

Štátne občianstvo: _____

Rodinný stav*: slobodný / slobodná
ženatý / vydatá
vdovec / vdova
rozvedený / rozvedená
žije s druhom / žije s družkou

Ak je žiadateľ / žiadateľka zbavený (á) spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko opatrovníka telefonický kontakt

Adresa trvalého pobytu opatrovníka

(pri pozbavení spôsobilosti na právne úkony je potrebné doložiť k žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu aj právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony a listinu o ustanovení za opatrovníka)

Druh sociálnej služby na ktorú fyzická osoba žiada posúdenie*:

Opatrovateľská služba
Poskytovanie sociálnych služieb v zariadení pre seniorov

Forma požadovanej sociálnej služby*: denná
týždenná
celoročná

Čím žiadateľ / žiadateľka odôvodňuje potrebu poskytovania požadovanej sociálnej služby ?

Osoby žijúce so žiadateľom / žiadateľkou v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

Bola žiadateľovi / žiadateľke v predchádzajúcom období poskytovaná sociálna služba*?

Áno, (uved'te aká) _____

Nie _____

Vyhlásenie žiadateľa / žiadateľky (zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu som uviedol (a) podľa skutočného stavu. Som si vedomý (á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa: _____

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (ky)
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Súhlas dotknutej osoby so spracovávaním poskytnutých osobných údajov

Udeľujem súhlas so spracovávaním osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Stredné Plachtince, č.110, podľa zákona č. 428/2008 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení zákonov v znení neskorších predpisov uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: _____

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (ky)
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Zoznam príloh:

1. Posudok vydaný Úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia – ak bol vydaný
2. Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom – ak bol vydaný
3. Obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“
4. K žiadosti doložte aj iné odborné vyšetrenia prípadne nálezy, ktoré nie sú podchytené v Lekárskom náleze.

*Správnu možnosť podčiarknite

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 odst. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluvný lekár“).

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 ,...),
- pri reumatických ochoreniach séropozitívnosť, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, periméter, 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 púrazových 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) , počítačová tomografia (CT), nukleárna magnetická rezonancia (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

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

V dátum

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

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.