

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### 1. Žiadateľ/žiadateľka

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....

Rodinný stav.....Štátne občianstvo.....

Číslo občianskeho preukazu:.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

Adresa aktuálneho pobytu.....

Druh dôchodku.....Výška dôchodku.....

### 2. Kontaktná osoba

a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko.....

Bydlisko.....PSČ.....

Telefón.....Mobil.....

E-mail.....

### 3. Žiadateľ býva\*:

- Vo vlastnom dome
- Vo vlastnom byte
- V podnájme
- Iné (uved'te).....

Počet obytných miestností.....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....

\* hodiace sa zaškrtnite

**4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená\*:**

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)
- Prepravná služba

\* hodiace sa zaškrtnite

**5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\*:**

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby)
- Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

\* hodiace sa zaškrtnite

**6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia
<b>Iní rodinní príslušníci:</b>		
Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

### 8. Čestné prehlásenie:

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby.

Dňa.....

.....

Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

### 9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) a súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

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 v prípade maloletého dieťaťa)

### 10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Brestovec, Brestovec č. 273, 907 01 Myjava podľa zákona č. 428/2002 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 §20 zákona č. 428/2002.

Dňa.....

.....

Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**11. Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.**

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

Dňa.....

.....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

### Povinné prílohy:

- Lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Kópie lekárskeho správ - nálezov
- Kópia rozhodnutia o výške dôchodku
-

## **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR 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 (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 (body mass index):                      TK:                      P:

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 (spitrometria)
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie)
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádia
- 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 osôb, nevypisuje sa fyziologický nález.

## **II B \***

### **Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových 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), nukleárna magnetická 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

### **Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V: ..... dňa: .....

.....  
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### **P o t v r d e n i e**

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR 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 ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Podpísaný MUDr. ....ošetrujúci lekár pána/pani.....

.....bytom.....týmto  
potvrďujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas: Meno, priezvisko a príbuzenský pomer.....

Dátum:

.....  
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky