Žiadosť
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1.Žiadateľ
Meno a priezvisko.....
Rodné priezvisko (u žien).....

2. Dátum narodenia.....
Adresa súčasného pobytu .....
.....

3. Trvalé bydlisko.....**PSČ**.....
Telefón.....**E-mail**.....

4. Štátne občianstvo.....

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):
Slobodný (á) ◻
Ženatý ◻
Vydatá ◻
Rozvedený (á) ◻
Ovdovený (á) ◻

6. Životné povolanie .....
Osobné záľuby .....

7. Ak je žiadateľ dôchodca:
Druh dôchodku .....

8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzic. osoba posúdená(hodiace sa zaškrtnite):
Opatrovateľská služba ◻
Denný stacionár ◻
Zariadenie pre seniorov ◻
Zariadenie opatrovateľskej služby ◻
Prepravná služba ◻

9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)
Terénna ◻
Ambulantná ◻
Pobytová ◻
Iná ◻

10. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):
Vo vlastnom dome ◻
Vo vlastnom byte ◻
V podnájme ◻
Počet obytných miestností .....
Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti vrátane žiadateľa .....

11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:
Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:
Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?
.....
.....
.....

15. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....

Adresa zákonného zástupcu.....
.....

Telefón.....**E-mail**.....

16. Bola žiadateľovi už skôr poskytovaná sociálna služba?

Áno □ aká resp. v ktorom zariadení .....

Nie □

Prečo sa služba prestala poskytovať resp. prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený) .....
.....
.....

17. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený a prečo?
.....
.....
.....
.....

18. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):
Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa.....

.....
Čítateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:
Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Zábiedovo, Obecný úrad, 028 01 Zábiedovo 76 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 Z.z..

Dňa.....

.....
Čítateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Príloha: Lekársky nález na účely konania

Lekársky nález

na účely konania vo veciach posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 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

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: (krvný tlak)	P: (pulz)

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie:

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 a ďalšie),

– pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,

– 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 osoby, 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, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej 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 ..... dátum .....

podpis lekára, ktorý lekársky nález
vypracoval, odtlačok jeho pečiatky