

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU
LEKÁRSKY NÁLEZ**

1. Žiadateľ:

meno a priezvisko: rodné priezvisko:

2. Dátum narodenia: č. OP:

3. Adresa trvalého pobytu:

kontaktná osoba: telefón:

4. Štátne občianstvo:

5. Rodinný stav:

6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:

7. Druh sociálnej služby:
- zariadenie pre seniorov
 - zariadenie opatrovateľskej služby
 - domov sociálnych služieb
 - špecializované zariadenie
 - denný stacionár

8. Forma sociálnej služby:
- ambulantná
 - terénna
 - pobytová

9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony: (zákonný zástupca/opatrovník doloží rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok)

áno

meno a priezvisko: dátum narodenia:

adresa:

telefón: e-mail:

nie

Čestne vyhlasujem, že som nebol/-a pozbavený/-á spôsobilosti na právne úkony.

10. Ak má žiadateľ súdom uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave

áno (uviesť číslo rozsudku zo dňa
vydal))

nie

Čestne prehlasujem, že mi nebolo súdom uložené ochranné opatrenie - ochranné liečenie, ochranná výchova, ochranný dohľad alebo umiestnenie v detenčnom ústave.

11. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/-a podľa skutočnosti a som si vedomý/-á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Vo Valči dňa:

Žiadateľ: podpis:

12. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov.

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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. 122/2013 Z.z.

Vo Valči dňa:

Žiadateľ: podpis:

13. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára