

**Obec Ďurčiná,
Ďurčiná 77, 015 01 Ďurčiná**

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko (u žien)

2. Dátum narodenia

Adresa pobytu

3. Bydlisko PSČ

Telefón e-mail

4. Štátne občianstvo

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite) :

Slobodný/á

Ženatý

Vydatá

Rozvedený/á

Ovdovený/á

Žijem s druhom (družkou)

6. Životné povolanie

Osobné záujmy žiadateľa

7. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku

8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite) :

Denný stacionár Zariadenie opatrovateľskej služby

Opatrovateľská služba

Zariadenie pre seniorov (domov dôchodcov)

9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite) :

Ambulantná

Terénna

Celoročný pobyt

10. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite) :

Vo vlastnom dome

Vo vlastnom byte

V podnájme

Počet obytných miestností

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti

11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

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

15. V prípade, že je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na výkon právnych úkonov

Meno a priezvisko zák. zástupcu

Adresa zákonného zástupcu

Telefón e-mail

16. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

.....
.....

17. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) :

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 alebo rodinného príslušníka)

18. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov :

V zmysle nariadenia EPaR EÚ 2016/679 (GDPR) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracovaním osobných údajov za účelom spracovania žiadosti.

Dňa :

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

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

Dňa :

.....
pečiatka a podpis lekára