

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU  
V ZARIADENÍ PRE SENIOROV**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko (u žien) .....

2. Dátum narodenia ..... Miesto narodenia .....

Adresa trvalého pobytu .....

3. Adresa pobytu, ak nie je totožná s adresou trvalého pobytu .....

.....

Telefonický kontakt ..... E-mail .....

4. Štátne občianstvo .....

5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) .....

6. Životné povolanie.....

Osobné záľuby žiadateľa.....

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

výška dôchodku .....

8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

ambulantná forma

terénna forma

pobytová forma

9. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností .....

10. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení pre seniorov?

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

11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:  
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

12. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:  
(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

13. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami poskytovať žiadateľovi pomoc?

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

14. Vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôžem sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení pre seniorov, týmto udeľujem v mojom mene súhlas podať žiadosť inej fyzickej osobe:

.....

Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

15. Potvrdenie ošetrojúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ ..... vzhľadom na svoj zdravotný stav môže/nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zariadení pre seniorov.

Dňa: .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára

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

Meno a priezvisko .....

Adresa zákonného zástupcu.....

Telefónny kontakt..... Email.....

poznámka: K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedení skutočnosť.

17. Bola žiadateľovi poskytovaná už skôr sociálna služba, prípadne bol už umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

Áno  v ktorom .....  
aká služba .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnych služieb:

.....

18. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo strany Mesta Poprad. Zároveň súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Poprad) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z.. Ďalej súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa: .....

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

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

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočností a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: .....

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

20. Zoznam príloh

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané
- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

V ..... dňa .....

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

Overil na základe OP ..... dňa .....

Meno a priezvisko zamestnanca MsÚ Poprad .....

## Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona c. 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):
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 a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabetes 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

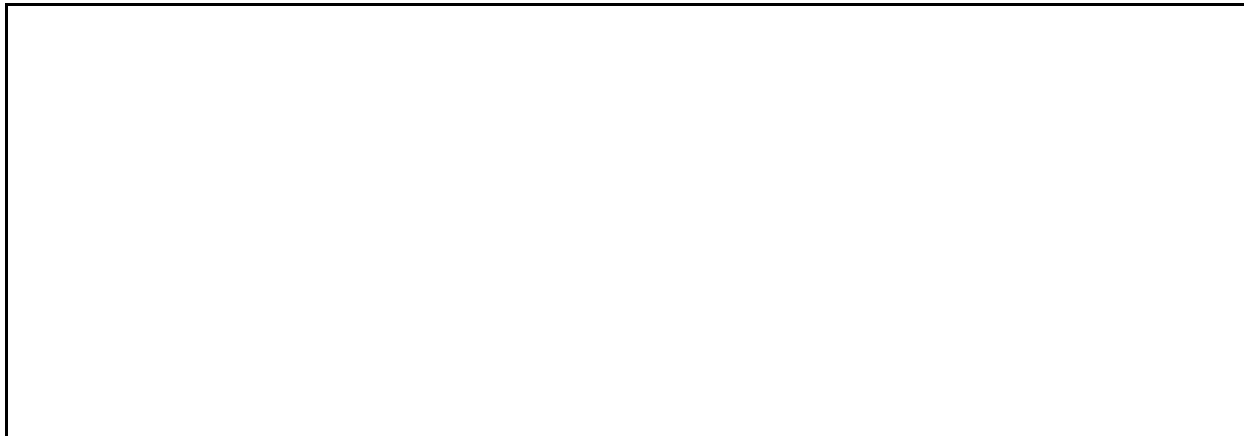
## II. B\*

### Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a 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), 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 ..... dňa .....

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

**Poznámka:**

V zmysle § 8 písm. u) zákona c. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona c. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**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 .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis  
žadateľa (zákonného zástupcu,  
alebo rodinného príslušníka),  
ktorý žiada o posúdenie  
odkázanosti na sociálnu službu

