

Spisová značka:

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a doplnení
zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

I. údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko:		Rodné priezvisko:	
Dátum narodenia: Rodné číslo:	Miesto narodenia:		Rodinný stav:
Štátne občianstvo: SR	E-mail:		Č.t.:
Adresa trvalého pobytu:			
Aktuálna adresa:			

Aktuálna adresa pobytu, kontaktná adresa /uvedie sa adresa, resp. zariadenie, kde sa žiadateľ v čase podania žiadosti nachádza, a kde je možné vykonať sociálne šetrenie/.

II. Druh sociálnej služby
(označiť druh služby)

☐	Opatrovateľská služba
☐	Zariadenie pre seniorov
☐	Denný stacionár
☐	Zariadenie opatrovateľskej služby
☐	Odľahčovacia služba

III. Forma:
(označiť formu služby)

☐	Ambulantná
☐	Terénna
☐	Pobytová

IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony

Meno, priezvisko:	e-mail:	
Adresa trvalého pobytu:		Č.t.:

V. Kontaktná osoba

Meno, priezvisko:	e-mail:	
Adresa trvalého pobytu:		Č.t.:

VI. Rodinní príslušníci žiadateľa

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko:	Príbuzenský pomer:	Č.t.:

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko:	Príbuzenský pomer:	Č.t.:

VII. Príjmové pomery žiadateľa:

Druh dôchodku:	
Sociálne dávky/druh/:	
Iný príjem:	

VIII. Dôvod žiadateľa o poskytovanie sociálnej služby:

IX. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom ZSS?

áno , v ktorom.....
nie

X. Čestné prehlásenie a súhlas na spracovanie údajov žiadateľa:

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom.

Vyhlasujem na svoju česť v súlade so zákonom o správnom konaní č. 71/1967 Zb. v platnom znení, že prílohy, ktoré som dokladoval k tejto žiadosti sú pravdivé a zároveň **vyhlasujem**, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

V Ľuboticiach dňa
vlastnoručný podpis žiadateľa
 alebo zákonného zástupcu, ak je určený súdom

Prílohy: Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa

XI. Potvrdenie lekára

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

Lekársky nález
na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 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 (**vyplňuje zmluvný lekár**).

Meno, priezvisko:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého pobytu:	

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 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 diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
–	pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria
–	pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný náález,
–	pri mentálnej retardácii psychologický náález s vyšetrením IQ,
–	pri urologických ochoreniach priložiť odborný náález,
–	pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný náález,
–	pri onkologických ochoreniach priložiť odborný náález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
–	pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný náález.

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický náález.

II. B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

- popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko-rehabilitačný náález (FBLR náález), röntgenologický náález (RTg náález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom nááleze.

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

III. Diagnostický zááver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V dňa

.....
podpis lekára, ktorý lekársky náález
vypracoval a odtlačok jeho pečiatky