ŽIADOSŤ

Deň podania žiadosti

o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ: .....
Priezvisko /prípadne rodné meno/ Meno

2. Narodený: ....
deň, mesiac, rok miesto, okres

3. Bydlisko:..... ..... PSČ: .....

4. Štátne občianstvo: .....Národnosť: .....

5. Rodinný stav: /slobodný /á/, ženatý, vydatá, rozvedený /á/, ovdovený /á/, žije s druhom, s družkou /

....

6. Druh sociálnej služby: **.....ZpS.....**

7. Forma sociálnej služby (ambulantná, terénna, pobytová) ....

Telefón: .....

Pošta: .....

Prílohy k žiadosti: 1. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
2. Ak žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony, doložiť kópiu „ Listina o ustanovení opatrovníka“.

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem výslovný súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých ...., podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a Zákona č. 18/2018 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. 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 kapitole III Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). Správnosť údajov uvedených v žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa: .....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
/zákonného zástupcu alebo rodinného
príslušníka, uviesť i adresu/

Vyjadrenie lekára
o zdravotnom stave žiadateľa o odkázanosť na sociálnu službu

Žiadateľ: ..... Priezvisko (u žien aj rodné)	..... Meno
Narodený: ..... deň, mesiac, rok	..... miesto ..... okres
Bydlisko: .... ulica – číslo mesto	..... PSČ
Fyziologické funkcie: Váha: TK: P:	
Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):	
Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie Orientácia orientovaný dezorientácia časom miestom priestor	
Diagnóza (slovensky)	Štatistická značka hlavnej choroby podľa medzinárodného zoznamu
Prílohy: výsledky z chirurgického, interného, neurologického, psychiatrického, ortopedického, popr. laboratórneho vyšetrenia	

Je schopný chôdze bez cudzej pomoci Áno – Nie*

Je pripútaný trvale – prevažne na posteľ Áno – Nie*
Je pripútaný na invalidný vozík Áno– Nie

Je schopný sám sa obslúžiť Áno – Nie*

Pomočuje sa: trvale Áno – Nie*
občas Áno – Nie*
v noci Áno – Nie*

Potrebuje lekárske ošetrenie: trvale Áno – Nie*
občas Áno – Nie*

Je pod dohľadom špecializovaného oddelenia NsP napr. interného, pľúcneho, neurologického, psychiatrického, ortopedického a chirurgického, poradne diabetickej, protialkoholickej a pod.
Áno – Nie*

Potrebuje osobitnú starostlivosť – akú:

Iné údaje:

V..... dňa .....

.....
podpis vyšetrujúceho lekára