



## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle zákona č. 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

<b>Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá má byť posúdená:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	
<b>Rodné číslo:</b>	
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>	
<b>Adresa pre korešpondenciu:</b>	
<b>Štátne občianstvo:</b>	
<b>Rodinný stav:</b>	
<b>Kontaktná osoba:</b>	
<b>Telefonický kontakt, e-mail:</b>	
<b>Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:</b> (druh vyznačte symbolom „X“)	
<b>domov sociálnych služieb</b> sociálna služba sa poskytuje osobe do dovŕšenia dôchodkového veku	<input type="checkbox"/>
<b>špecializované zariadenie</b> sociálna služba určená osobám s diagnózou najmä Alzheimerova choroba, demencia rôzneho typu etiológie, Parkinsonova choroba, schizofrénia, organický psychosyndróm, pervazívna vývinová choroba	<input type="checkbox"/>
<b>rehabilitačné stredisko</b> sociálna služba na účely sociálnej rehabilitácie, poskytuje sa osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ktorá je slabozraká, nepočujúca alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť, poskytuje sa na určitý čas	<input type="checkbox"/>
<b>zariadenie podporovaného bývania</b> sociálna služba sa poskytuje osobe od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život	<input type="checkbox"/>

**Forma poskytovanej sociálnej služby:** (formu vyznačte symbolom „X“)

celoročná

týždenná

ambulantná

**Zákonný zástupca posudzovaného, ak nie je posudzovaný spôsobilý na právne úkony:**

**Meno a priezvisko:**

**Adresa:**

**Tel. kontakt:**

Poznámka:

K žiadosti je nutné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť.

**Čestné vyhlásenia žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V

dňa

vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať  
sociálna služba (zákonného zástupcu)

Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

**K žiadosti je potrebné doložiť aktuálne lekárske nálezy (nie starších ako 6 mesiacov).**