|  |
| --- |
| pečiatka podateľne obce |

**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“).

|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá má byť posúdená:**  |
| **Dátum narodenia:**  |  | **Rodné číslo:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:**  |  |
| **Adresa pre korešpondenciu:** |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Rodinný stav:** |  |
| **Kontaktná osoba:****Telefónne číslo:** |  |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:** (druh vyznačte symbolom „X“)domáca opatrovateľská služba  zariadenie pre seniorov  denný stacionárzariadenie opatrovateľskej služby  |
| **Forma poskytovanej sociálnej služby:** (formu vyznačte symbolom „X“)celoročná  týždennáambulantná |
| **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 vzh**ľ**adom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosťo posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenie ošetrujúceho 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).**