|  |
| --- |
| 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 stacionár  zariadenie opatrovateľskej služby | | | | |
| **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 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).**