**OBEC KKRAČÚNOVCE, 087 01 GIRALTOVCE**

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Žiadateľ:**

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................

**Rodné priezvisko:** .............................................................................................................................

1. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
2. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................

**Prechodný pobyt:** ........................................................................................... **PSČ:** ......................

1. **Kontaktné údaje:**

**Telefón:** ...................................................... **E-mail:** .....................................................................

**Kontakt na príbuzných:** .....................................................................................................................

(meno a priezvisko, vzťah)

**Telefón:** ...................................................... **E-mail:** .....................................................................

1. **Štátne občianstvo:** …...........................................................................
2. **Rodinný stav** (hodiace označte „X“)**:**

slobodný (á)  rozvedený (á)

ženatý/vydatá  ovdovený (á)

**Žijem s druhom (s družkou):** …..........................................................................................................

(meno a priezvisko)

1. **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa označte „X“)**:**

Opatrovateľská služba  Zariadenie opatrovateľskej služby

Zariadenie pre seniorov  Denný stacionár

1. **Forma sociálnej služby** (hodiace sa označte „X“)**:**

Terénna  Pobytová: týždenná

Ambulantná  celoročná

1. **Žiadateľ býva** (hodiace sa označte „X“)**:**

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

Počet obytných miestností: ..…....... .

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti: …......... .

1. **Odôvodnenie potreby poskytovania sociálnej služby:**

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................................

1. **Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Adresa** | **Telefón**  **e-mail** | **Príbuzenský vzťah** | **Dátum narodenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Ďalší príbuzní:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Adresa** | **Telefón**  **e-mail** | **Príbuzenský vzťah** | **Dátum narodenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Opatrovník** (v prípade, že má žiadateľ obmedzenú spôsobilosť na právne úkony):

**Meno a priezvisko opatrovníka:** ...............................................................................................................

**Adresa:** ......................................................................................................................................................

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

*\* kópia rozsudku súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu, ktorou bol súdom ustanovený opatrovník.*

1. **Splnomocnenec** (v prípade, že opatrovaná osoba splnomocnila inú osobu na právne úkony):

**Meno a priezvisko splnomocnenca:** .........................................................................................................

**Adresa:** ......................................................................................................................................................

**Telefón:** .............................................................. **E-mail:** .....................................................................

*\* kópia generálnej plnej moci resp. splnomocnenca*

1. **Má žiadateľ priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?**

Áno  Nie

1. **Vyhlásenie žiadateľa** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)**:**

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

Dňa …........................................

….................................….......................................

podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu)

1. **Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM 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 so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dňa …........................................

….................................….......................................

podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu)

1. **Prílohy:**

☐ lekársky nález **alebo** správu o priebehu a vývoji choroby, výpis zo zdravotnej dokumentácie, prepúšťacie správy z hospitalizácie **nie staršie ako šesť mesiacov**,

☐ povolenie príslušného orgánu na pobyt, ak o posúdenie odkázanosti žiada cudzinec.