



Obec Kvačany  
Kvačany 100  
032 23 Liptovská Sielnica

### ŽIADOSŤ O OPĀTOVNÉ 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**K žiadosti je potrebné doložiť potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave.**

Meno a priezvisko žiadateľa \_\_\_\_\_  
Rodné priezvisko \_\_\_\_\_ Dátum narodenia \_\_\_\_\_  
Trvalý pobyt \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_  
Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Štátne občianstvo \_\_\_\_\_

#### V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa zákonného zástupcu \_\_\_\_\_  
Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

- slobodný/á   
ženatý   
vydatá   
rozvedený/á   
ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) \_\_\_\_\_

#### Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba opätovne posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

- zariadenie pre seniorov   
zariadenie opatrovateľskej služby   
denný stacionár   
opatrovateľská služba

Stupeň odkázanosti na pomoc fyzickej osoby: \_\_\_\_\_ v zmysle rozhodnutia  
č. \_\_\_\_\_ \* zo dňa \_\_\_\_\_ vydaného \_\_\_\_\_

\*K žiadosti je potrebné doložiť kópiu pôvodného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu

**Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite):

- terénna   
ambulantná   
denná   
týždenná   
celoročná

**Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

---

---

---

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

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci Kvačany, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o 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 § 19 - § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

\* 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 potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.