



Mestský úrad
Školská č. 2
045 01 Moldava
nad Bodvou

Žiadosť
o posúdenie odkázanosti na
sociálnu službu

Pečiatka, dátum podania žiadosti

1. Žiadateľ

priezvisko (u žien aj rodné)

meno

2 Narodenie

deň, mesiac, rok

rodné číslo

miesto

okres

3. Adresa pobytu

Obec, PSČ

ulica, číslo

okres

4. Kontakt: telefón: _____ iná kontaktná osoba: _____ telefón: _____

5. Rodinný stav

slobodný (á)

ženatý, vydatá

rozvedený (á)

ovdovený (á)

žijem s druhom (družkou)

Štátne občianstvo: _____

6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie *

1. Zariadenie pre seniorov

2. Zariadenie opatrovateľskej služby

3. Denný stacionár

4. Opatrovateľská služba

7. Forma sociálnej služby *

terénna

ambulantná

pobytová

iná

8. Pôvodné povolanie a vzdelanie

9. Záľuby žiadateľa

10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ **Mesačne EUR** _____

Iné príjmy :

11. Žiadateľ býva * vo vlastnom dome
vo vlastnom byte
v podnájme

Počet obytných miestností _____

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb :

12 a) Ako bola už vlastným príčinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia :

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

áno, v ktorom

nie

18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

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

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Poskytnuté osobné údaje budú spracované len za účelom vybavenia Vašej žiadosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Osobné údaje môžu byť poskytnuté orgánom štátnej moci, kontrolným orgánom za účelom kontroly z ich strany a prípadne iným príjemcom, ak to povaha žiadosti vyžaduje. Osobné údaje nebudú poskytnuté do tretích krajín. Po vybavení žiadosti budú osobné údaje a žiadosť archivované v súlade s registratúrnym plánom mesta. Môžete od nás požadovať prístup k Vaším osobným údajom, máte právo na ich opravu, právo namietat' proti spracúvaniu. Ak sa domnievate, že Vaše osobné údaje sú spracúvané nespravodlivo alebo nezákonne, môžete podať sťažnosť na dozorný orgán ako aj právo podať návrh na začatie konania dozornému orgánu ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27. Predmetné práva si môžete uplatniť písomne dorúčením žiadosti na adresu: Mesto Moldava nad Bodvou, Školská 2, 045 01 Moldava nad Bodvou, osobne do podateľne alebo elektronicky na email msu@moldava.sk. Kontakt na osobu zodpovednú za ochranu osobných údajov: zodpovednaosoba@somi.sk. Viac informácií o ochrane osobných údajov nájdete na našej webovej stránke – www.moldava.sk

21. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Dňa _____

pečiatka a podpis lekára

22. Zoznam príloh

- posudok vydaný Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ak tento bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané
- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“

*hodiace sa zaškrnite !

Poznámka : Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Potvrdenie lekára : Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu služby.

Pečiatka a podpis lekára