**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**1. Žiadateľ**  
Meno a priezvisko, titul: .........................................................Rodné priezvisko:........................................  
Dátum a miesto narodenia: ........................................................................Okres.........................................

Rodné číslo:..................................................................................................................................................

Adresa trvalého pobytu *(ulica, psč, obec/mesto, okres):* ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
Štátne občianstvo: .................................................... Národnosť: ................................................................  
Rodinný stav: ...............................................................................................................................................  
 **2. Žiadateľ býva** *(vo vlastnom dome, v byte, v podnájme):*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:** *(manželka, deti, vnuci, zať, nevesta, rodičia)* | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti:** *(manželka, deti, vnuci, zať, nevesta, rodičia)* | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský vzťah | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. Dôvod, prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa:**

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

**4. Kontaktná osoba** alebo **zákonný zástupca/opatrovník/ -** ak má žiadateľ obmedzenú spôsobilosť na právne úkony:

Meno a priezvisko, titul: ..............................................................................................................................

Adresa trvalého pobytu *(ulica, psč, obec/mesto,okres):*

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
Telefónne číslo: .........................................................E-mail: .......................................................................

**5. Pôvodné povolanie žiadateľa**.................................................................................................................  
**6. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:**

* **Dôchodok** *(druh/mesačne EUR):*.....................................................................................................
* **Iné príjmy:**........................................................................................................................................

**7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ odkázaný:**

* Zariadenie pre seniorov
* Zariadenie opatrovateľskej služby
* Opatrovateľská služba
* Denný stacionár

**8. Forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ odkázaný:**

* Terénna sociálna služba
* Ambulantná sociálna služba
* Pobytová sociálna služba
* týždenná
* celoročná  
   **9. Odôvodnenie potreby poskytovania sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Na základe zhoršenia zdravotného stavu od posledného posudzovania v roku .............. bol/a žiadateľ posúdený/á na ........... stupeň odkázanosti. Prosíme o opätovné - aktuálne posúdenie stupňa odkázanosti na sociálnu službu.

**10. Bol žiadateľ už umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?** *(Ak áno, v ktorom a aká služba bola poskytnutá?)*

.......................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................  
Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby..........................................................................................

**11. Vyhlásenie žiadateľa** *(zákonného zástupcu/opatrovníka):*

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á následných právnych následkov. Vyhlasujem, že osobné údaje uvedené v bode 2 a 4 sú uvedené so súhlasom dotknutých osôb.

Dňa ............................. .............................................................................  
 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
 (zákonného zástupcu, opatrovníka)

**12. Zoznam povinných príloh, ktoré je potrebné priložiť ku žiadosti:**

* Lekárky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu