

<b>Košický samosprávny kraj Námestie Maratónu mieru 1 Košice 042 66</b>	<b>Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu</b>	Pečiatka, dátum podania žiadosti
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“).		
<b>1. Fyzická osoba, ktorá má byť posúdená</b> (ďalej len žiadateľ)		
_____ titul                      meno                      priezvisko		_____ štátne občianstvo
<b>2. Dátum narodenia</b> _____ deň, mesiac, rok	<b>3. Telefónne číslo</b> _____	
<b>4. Adresa trvalého pobytu</b> _____ (údaj uvedený v občianskom preukaze)      obec                      ulica, číslo                      PSČ                      okres		
<b>Adresa súčasného pobytu</b> (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu v čase podania žiadosti, ale sa nachádza napr. v nemocnici, v zariadení, u rodinných príslušníkov, u známych):		
_____ obec                      ulica, číslo                      PSČ		
<b>Korešpondenčná adresa</b> (kde adresovať do vlastných rúk žiadateľovi Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu)		
_____ obec                      ulica, číslo                      PSČ		
<b>5. Rodinný stav</b> slobodný (á) <input type="checkbox"/> ženatý, vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> ovdovený (á) <input type="checkbox"/> žijem s druhom (družkou) <input type="checkbox"/>		
<b>6. Kontaktná osoba</b> _____ <b>Vzťah so žiadateľom</b> _____ <b>Telefónne číslo</b> _____ <b>E- mail</b> _____		
<b>Súhlas kontaktnej osoby so spracovaním osobných údajov</b> Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Košického samosprávneho kraja, Námestie Maratónu mieru 1, Košice podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tomto bode, a to pre účely konania o odkázanosti na sociálnu službu žiadateľa uvedeného v bode 1. Tento súhlas platí do doby vybavenia žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a možno ho kedykoľvek odvolať.		
Dňa _____		_____ čitateľný vlastnoručný podpis kontaktnej osoby
<b>7. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ <u>súdom zbavený</u> spôsobilosti na právne úkony</b> _____		
<b>8. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie</b> <input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko		
<b>9. Forma sociálnej služby</b> pobytová ročná <input type="checkbox"/> pobytová týždenná <input type="checkbox"/> ambulánna <input type="checkbox"/>		

**10. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú liečbu (ústavnú), ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?**

- áno** (uviesť číslo rozsudku \_\_\_\_\_ vydal \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ )  
 **nie**

**11. Príjem žiadateľa:**

- starobný dôchodok       vdovský/vdovecký dôchodok       Iný príjem (uviesť aký) \_\_\_\_\_  
 invalidný dôchodok       výsluhový dôchodok       mesačne EUR \_\_\_\_\_

**12. Žiadateľ býva:**    vo vlastnom dome                       vo vlastnom byte                       v podnájme

**13. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel, manželka, rodičia, deti .....):**

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi

**14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka)**

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

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
čitateľný vlastnoručný podpis osoby, ktorá   
má byť posúdená   
(zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

**Poznámka:** Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav **nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.**

**Potvrdenie lekára:** Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

**Pečiatka a podpis lekára**

**15. Zoznam príloh**

- odborné lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov),
- kópia právoplatného rozsudku o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannej liečbe, ochrannej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- povolenie príslušného orgánu na pobyt a potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy ak žiadosť podáva cudzinec
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný obcou, vyšším územným celkom alebo komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie (ak bol vydaný).