|  |
| --- |
| **OBEC TRENČIANSKA TEPLÁ**  **Obecný úrad, M. R. Štefánika 376/30, Trenčianska Teplá** |

|  |
| --- |
| **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu** |

**1. Údaje o fyzickej osobe (žiadateľovi), ktorej sa má poskytovať sociálna služba**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko, titul |  |
| Rodné priezvisko |  |
| Dátum narodenia / rodné číslo |  |
| Miesto narodenia |  |
| Rodinný stav |  |
| Štátne občianstvo |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Adresa prechodného pobytu |  |
| Sociálne postavenie |  |
| Telefonický kontakt |  |
| Najvyššie dosiahnuté vzdelanie | základné vyučený maturita vysokoškolské |
| Povolanie |  |

**2. Údaje zákonného zástupcu (vyplní sa v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba**

**poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony)**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko, titul |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Dôvod zastúpenia |  |
|  |  |

**3. Forma sociálnej služby 4. Druh sociálnej služby**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Terénna |  |  | Opatrovateľská služba |  |
| Ambulantná |  |  | Zariadenie opatrovateľskej služby |  |
| Denný pobyt |  |  | Zariadenie pre seniorov |  |
| Týždenný pobyt |  |  |  |  |
| Celoročný pobyt |  |  |  |  |

**5. Bytové pomery**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodinný dom** | **Byt** | **Počet**  **obytných miestností** | **Vzťah k nehnuteľnosti**  **majiteľ - nájomca** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usporiadanie bytových priestorov** | **Kvalita bytových priestorov** | **Hygienická úroveň bývania** | **Materiálne vybavenie** |
| vyhovujúce - nevyhovujúce | svetlost, suchosť, vlhkosť  vyhovujúce - nevyhovujúce | vyhovujúce - nevyhovujúce | vyhovujúce - nevyhovujúce |
|  |  |  |  |

**6. Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby**

|  |
| --- |
|  |

**7. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa**

|  |
| --- |
|  |

**8. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba**

|  |  |
| --- | --- |
| Nie |  |
| Áno, aká |  |
| Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby: |  |

**9. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | žiadateľ | | rodinný príslušník | |
| Druh dôchodku | starobný-invalidný | vdovský-vdovecký | starobný-invalidný | vdovský-vdovecký |
| Výška dôchodku |  |  |  |  |
| Iný príjem |  | |  | |

**10. Údaje o rodinných príslušníkoch žijúcich v spoločnej domácnosti so žiadateľom**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| meno a priezvisko | príbuzenský pomer | dátum narodenia | telefonický kontakt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**11. Údaje o osobách žijúcich mimo spoločnej domácnosti (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci,**

**zať, nevesta)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| meno a priezvisko | príbuzenský pomer | dátum  narodenia | trvalý pobyt | telefonický kontakt |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**12. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený**

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

**13. Čestné vyhlásenie žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:**

|  |
| --- |
| Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý právnych dôsledkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.  Dňa ........................... ................................................................  vlastnoručný podpis žiadateľa  (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |

**14. Súhlas na spracúvanie osobných údajov žiadateľa:**

|  |
| --- |
| V zmysle § 7 zákona NR SR č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného na tunajší úrad. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v ustanovení § 20 zákona NR SR č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.  Dňa .......................................... ................................................................  vlastnoručný podpis žiadateľa  (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka) |

|  |
| --- |
| **LEKÁRSKY NÁLEZ**  **NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU** |

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko, titul |  |
| Dátum narodenia / rodné číslo | / |
| Adresa trvalého pobytu |  |

**I. Anamnéza:**

|  |
| --- |
| a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu): |

|  |
| --- |
| b) subjektívne ťažkosti: |

**II. Objektívny nález:**

|  |
| --- |
| Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:  Habitus:  Orientácia:  Poloha:  Postoj:  Chôdza:  Poruchy kontinencie: |

**II A\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená:**

* pri kardiologických ochoreniach funkčné štátdium NYHA,
* pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
* pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
* pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
* pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),
* pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
* pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
* pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
* pri psychických ochoreniach priložiť odborný nález,
* pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
* pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
* pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
* pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
* pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

\* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález

|  |
| --- |
|  |

**II B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou

stranou)

b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (RBLR nález), röngenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

––-––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

\* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia

|  |
| --- |
|  |

**III. Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

|  |
| --- |
|  |

V ................................................... dňa ........................

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

podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval

a odtlačok jeho pečiatky

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V Trenčianskej Teplej dňa .........................

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

vlastnoručný podpis žiadateľa (jeho zákonného zástupcu),

ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu