**Obec Šintava, súp.č. 244, 925 51 Šintava**

**kontakt: tel: 789 2370, mail:** [**obec@sintava.sk**](mailto:obec@sintava.sk)

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––---------------**

|  |  |
| --- | --- |
| **Žiadosť o posúdenie odkázanosti**  **na sociálnu službu** | **Pečiatka OcÚ** |
| **1. Žiadateľ/ka**  **.......................................................................................................................................**  **meno a priezvisko (u žien aj rodné)** | |
| **2. Dátum a miesto narodenia .......................................................................................**  **Rodné číslo: …………………………………………………………………………**  **Adresa pobytu ............................................................................................................**  **Telefónny kontakt .........................................**  **Rodinný stav ................................... Štátne občianstvo ...........................................** | |
| **3. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite):   * opatrovateľská služba * zariadenie pre seniorov * zariadenie opatrovateľskej služby * denný stacionár   **Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite):   * denný pobyt * týždenný pobyt * celoročný pobyt | |

|  |
| --- |
| **4. Odôvodnenie žiadosti** |
| **5. Vyhlásenie žiadateľa:**  Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedla/uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.  V Šitntave, dňa ........................................ podpis žiadateľa: ..........................................  **Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**  Týmto udeľujem podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlas obce Šintava, súp.č. 244, 925 51 Šintava so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry. 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 zákone č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.  V Šintave, dňa ........................................ podpis: ................................................ |

*K žiadosti je potrebné doložiť nálezy odborných lekárov alebo prepúšťacie správy z nemocnice, nie staršie ako 6 mesiacov.*

**Obec Šintava, súp.č. 244, 925 51 Šintava**

**kontakt: tel: 789 2392, mail: obec@sintava.sk**

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––-----**

**Vyjadrenie lekára**

**o zdravotnom stave žiadateľa o odkázanosti na sociálnu službu**

|  |
| --- |
| **Žiadateľ:** ............................................................................................................................  Meno a priezvisko (u žien aj rodné) |
| **Dátum narodenia:** .................................................................. |
| **Bydlisko:** .......................................................................................................................... |
| **I. Anamnéza** (rodinná, osobná, pracovná):  - subjektívne ťažkosti: |
| **II. Objektívny nález:**  Výška: Hmotnosť: TK: P:  Habitus:  Orientácia:  Poloha:  Postoj:  Chôdza:  Poruchy kontinencie:  Je schopný chôdze bez cudzej pomoci áno/nie  Je pripútaný trvale – prevažne na posteľ áno/nie  Je schopný sám sa obslúžiť áno/nie  Pomočuje sa: trvale áno/nie  občas áno/nie  v noci áno/nie  Potrebuje lekárske ošetrenie: trvale áno/nie  občas áno/nie  Je pod dohľadom lekára – špecialistu áno/nie  Ak áno – ktorého:  Doložiť lekárske nálezy zo špecializovaných lekárskych vyšetrení (fotokópie), prepúšťacie správy z NsP (fotokópie) |
| **III. Duševný stav:** |
| **IV. Diagnostický záver** (podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením) |
| **Iné údaje:**  V ........................................ dňa .................................  ........................................................  podpis lekára a odtlačok pečiatky |