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

 **kontakt: tel: 789 2370, mail:** **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/nieJe pripútaný trvale – prevažne na posteľ áno/nieJe schopný sám sa obslúžiť áno/niePomočuje sa: trvale áno/nie občas áno/nie v noci áno/niePotrebuje lekárske ošetrenie: trvale áno/nie občas áno/nieJe pod dohľadom lekára – špecialistu áno/nieAk 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 |