



# **OBEC BERNOLÁKOVO**

**Obecný úrad, Hlavná 124/111, 900 27 Bernolákovo**

## **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

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“) a v zmysle VZN č. 7/2023 obce Bernolákovo.

### **1. Žiadateľ/žiadateľka**

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Rodinný stav: ..... Štátne občianstvo: .....

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ: .....

Adresa aktuálneho pobytu: .....

Telefón: ..... Mobil: ..... E-mail: .....

Druh dôchodku: .....

### **2. Kontaktná osoba a/alebo zákonný zástupca, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko: .....

Bydlisko: ..... PSČ: .....

Telefón: ..... Mobil: ..... E-mail: .....

### **3. Žiadateľ býva\*:**

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

iné (uved'te) .....

Počet obytných miestností: .....

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

\* hodiace sa zaškrtnite

**4. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená\* - je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby:**

- Domáca opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)

\* hodiace sa zaškrtnite

**5. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\*:**

- Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)
- Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)
- Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)
- Neposkytuje sa mi žiaden druh sociálnej služby

\* hodiace sa zaškrtnite

**6. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby:**

.....

.....

.....

**Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

.....

.....

.....

**7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti (manžel/ka, deti, iní príbuzní):**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**Iní rodinní príslušníci (manžel/ka, deti, iní príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti):**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**8. Čestné prehlásenie:**

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom, a zároveň sa nevedie v inej obci/meste konanie o zabezpečenie sociálnej služby.

Dňa .....

Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**9. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**

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

Dňa .....

Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Bernolákovo, Hlavná 111, 900 27 Bernolákovo, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu s tým súvisiacej evidencie a štatistického vyhodnocovania.

Dňa .....

Čitateľný **vlastnoručný podpis** žiadateľa  
(Zákonného zástupcu v prípade maloletého dieťaťa)

**11.** Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .....

.....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

**Prílohy:**

- Kópie lekárskeho nálezov nie staršie ako 6 mesiacov, lekárskeho nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- Kópia rozhodnutia o výške dôchodku,