



OBEC VEĹKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĹKÉ LEVÁRE

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko

Rodné priezvisko Dátum narodenia

Rodné číslo Číslo OP

2. Adresa trvalého pobytu

PSČ okres

telefón e-mail

prechodný pobyt

3. Štátne občianstvo

4. Rodinný stav (hodiace sa zakrúžkujte):

- slobodný/á
- ženatý
- vydatá
- rozvedený/á
- ovdovený/á
- žije s druhom (s družkou).....

5. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku

suma mesačne:.....

7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zakrúžkujte):

- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- denný stacionár
- opatrovateľská služba



OBEC VEĹKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĹKÉ LEVÁRE

8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zakrúžkujte):

- ambulantná
- terénna
- pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)
- iná forma riešenia nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa osoba zdržiava

9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

zákonný zástupca:

meno a priezvisko

adresa PSČ

telefón e-mail

10. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený:

- ťažké zdravotné postihnutie
- nepriaznivý zdravotný stav
- dovŕšenie dôchodkového veku

11. Žiadateľ

býva:.....

/vo vlastnom dome – byte, v podnájme, u príbuzných, osamelo /

Počet obytných

miestností:.....

12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko, adresa

Príbuzenský pomer

Kontakt – č. tel.

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer	Kontakt – č. tel.



OBEC VEĹKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĹKÉ LEVÁRE

13. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer	Kontakt – č. tel.

14. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

.....

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

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

V dňa

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

16. Súhlas so spracovaním osobných údajov žiadateľa:

V zmysle §7 zákona 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo stany Obecného úradu vo Veľkých Levároch, Štefánikova 747, 908 73 Veľké Leváre. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia.

V dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)



OBEC VEĽKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĽKÉ LEVÁRE

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR 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 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

.....

Dátum narodenia

.....

Bydlisko

.....

I Anamnéza

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

b) subjektívne ťažkosti



OBEC VEĹKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĹKÉ LEVÁRE

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 štádium NYHA
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spitrometria)
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie)
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádia
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,



OBEC VEĽKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĽKÉ LEVÁRE

- 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 osôb, 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, fyziatrisko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárna magnetická rezonancia (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:



OBEC VEĽKÉ LEVÁRE

ŠTEFÁNIKOVA 747, 908 73 VEĽKÉ LEVÁRE

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: dňa:

.....
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

P o t v r d e n i e

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR 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 ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Podpísaný MUDr., ošetrojúci lekár pána/pani
..... bytom týmto
potvrdzujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy
o poskytovaní sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely
odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas:

Meno, priezvisko a príbuzenský pomer:

.....

Dátum:

.....

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky