**OBEC PARTIZÁNSKA ĽUPČA**

**Obecný úrad**

**Partizánska Ľupča č. 417**

**032 15 Partizánska Ľupča**

**ŽIADOSŤ** **O OPÄTOVNÉ POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle § 92 ods. 7 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 v platnom znení (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**ŽIADATEĽ:**

**Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rodné číslo: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rodné priezvisko:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dátum narodenia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa trvalého pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa prechodného pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Štátne občianstvo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTNÁ OSOBA ŽIADATEĽA:**

**Meno a priezvisko : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa trvalého pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA** (v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony):

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa zákonného zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RODINNÝ STAV** (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á ⬜ rozvedený/á ⬜

ženatý ⬜ ovdovený/á ⬜

vydatá ⬜ žije s druhom/družkou ⬜

**DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY,** ktorú sa má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov ⬜ denný stacionár ⬜

zariadenie opatrovateľskej služby ⬜ opatrovateľská služba ⬜

odľahčovacia služba ⬜

**FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY** (hodiace sa zaškrtnite):

terénna ⬜ pobytová - týždenná ⬜

ambulantná ⬜ pobytová - celoročná ⬜

**STUPEŇ ODKÁZANOSTI NA POMOC INEJ FYZICKEJ OSOBY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ODÔVODNENIE OPÄTOVNÉHO POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú uvedené podľa skutočnosti a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka[[1]](#footnote-1))

**SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV**

V zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytnutých prevádzkovateľovi týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel opätovného posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Osobné údaje sú spracúvané na právnom základe zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov a iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na jeho splnenie. Po skončení účelu spracúvania budú záznamy s osobnými údajmi vymazané z elektronických médií a dokumenty s osobnými údajmi v listinnej forme budú zlikvidované s výnimkou tých, ktoré musia byť v súlade s platnou legislatívou SR naďalej uchovávané počas trvania úložnej doby a po jej uplynutí budú tiež zlikvidované. Dotknutá osoba má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať voči ich spracúvaniu, na ich opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania a podať návrh na začatie konania podľa § 100 zákona č. 18/2018 Z .z.

Svojím podpisom potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.

Dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka1)

**POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU:**

1. **LEKÁRSKY NÁLEZ, DOKLAD O NEPRIAZNIVOM ZDRAVOTNOM STAVE** (prepúšťacia správa z nemocnice alebo lekárske správy) nie staršie ako 6 mesiacov od dátumu podania žiadosti.
2. **KÓPIA LISTINY O USTANOVENÍ ZA OPATROVNÍKA VYDANÁ PRÍSLUŠNÝM SÚDOM**, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu.
3. **POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA** o zdravotnom stave žiadateľa, ak nemôže žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav podať žiadosť sám.
4. **PRI ŽIADOSTI, KTORÚ PODÁ CUDZINEC** uvedený v § 3 ods. 2 písm. b) zákona o sociálnych službách je potrebné k žiadosti priložiť aj POVOLENIE PRÍSLUŠNÉHO ORGÁNU NA POBYT, POTVRDENIE OD ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ŠKOLY. U OSTATNÝCH CUDZINCOV JE POTREBNÉ PRILOŽIŤ POVOLENIE PRÍSLUŠNÉHO ORGÁNU NA POBYT. Slovák žijúci v zahraničí predloží aj potvrdenie o splnení podmienky podľa § 3 ods. 2 písm. l) zákona o sociálnych službách.

1. Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. **POTVRDENIE JE POTREBNÉ PRILOŽIŤ K TEJTO ŽIADOSTI.** [↑](#footnote-ref-1)