# 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"/.

# Žiadateľ */meno a priezvisko fyzickej soby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba*/:

# Meno: ....................................................... Priezvisko: ..........................................................

Dátum narodenia: ..................................... Rodné číslo : ........................................................

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

Trvalý pobyt : ..............................................................................................................................

č. OP : ..................................................... Č. telefónu : .........................................................

Zamestnanie : ............................................................................... č. telefónu :...........................

Poberateľ dôchodku, druh dôchodku : ........................................................................................

Kontaktná osoba, adresa, č. telefónu : ........................................................................................

***Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená*** */hodiace sa zaškrtnite/:*

**1.** Zariadenie pre seniorov

**2.** Zariadenie opatrovateľskej služby

**3.** Denný stacionár

**4.** Opatrovateľská služba

**5.** Prepravná služba

***Forma poskytovanej sociálnej služby /v prípade poskytovania sociálnej služby v zariadení/***

*/hodiace sa zaškrtnite/:*

**1**. denný pobyt

**2.** týždenný pobyt

**3.** celoročný pobyt

***Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:***

zákonný zástupca:

Meno a priezvisko : ...............................................................................................................

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

Telefón : ............................................... e-mail : ...............................................

***Vyhlásenie žiadateľa /zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka /:***

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

V ..................................dňa : ..................

.................................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

/zákonného zástupcu/

**Spracúvanie osobných údajov podľa osobitného zákona**

**Kontaktné údaje na zodpovednú osobu:** [**prednosta@socu-levice.dcom.sk**](mailto:prednosta@socu-levice.dcom.sk)

**Právny základ**: zákon 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

**Príjemcovia alebo kategórie príjemcov**: Obec/Mesto...............................................................

**Prenos osobných údajov do tretej krajiny**: nebude

**Doba uchovávania osobných údajov**: 10 rokov (podľa osobitného zákona a registratúrneho poriadku).  
    Obec/Mesto.............................. po splnení účelu spracúvania osobných údajov bez zbytočného odkladu zabezpečí likvidáciu osobných údajov pokiaľ to osobitný zákon nevyžaduje inak. Obec/Mesto .............................................. vyhlasuje, že zabezpečí primeranú úroveň ochrany osobných údajov a že bude spracúvať osobné údaje len v súlade s dobrými mravmi a bude konať spôsobom, ktorý neodporuje zákonu o ochrane osobných údajov a ani osobitným zákonom, podľa ktorých sa osobné údaje spracovávajú.

**Práva žiadateľa:**

* žiadateľ má právo požadovať od Obce/Mesto............................... prístup k jeho osobným údajom a právo na ich opravu, ako aj právo na prenosnosť údajov,
* žiadateľ má právo obhajovať svoje práva prostredníctvom zodpovednej osoby alebo podaním podnetu na šetrenie, sťažnosti, dozornému orgánu, na Slovensku Úradu na ochranu osobných údajov v zmysle §100 zákona č.: 18/2018 Z. z.

V ..................................dňa : ..................

.................................................................

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

/zákonného zástupcu

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

1. Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu nie staršie ako 6 mesiacov.
2. Potvrdenie ošetrujúceho lekára ak žiadateľ nemôže sám/sama podať žiadosť, nevie sa podpísať.

**Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

**Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 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 :

**II. Objektívny nález:**

**Výška : Hmotnosť: BMI/body mass index/: TK: P:**

**Habitus:**

**Orientácia:**

**Poloha:**

**Postoj:**

**Chôdza:**

**Poruchy inkontinencie.**

**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 WHO,

- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie /spirometria/,

- pri zažívacích ochoreniach /sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, a ďaľšie/,

- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,

- pri diabete dokumentovať komplikácie /angiopatia, neuropatia, diabetická noha/,

- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,

- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,

- pri mentálnej retardácií psychologický nález s vyšetrením IQ,

- pri 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 osoby, 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, fyziatricko-rehabilitačný nález/FBLR nález/,

rntgenologický nález /RTG/, elektromyografické /EMG/,

elektroencefalografické vyšetrenia/EEG/, výsledok počítačovej tomografie /CT/,

nukleárnej magnetickej rezonancie /NMR/, denzitometrické vyšetrenie, ak nie je 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

Poznámka :

Vecne a miestne príslušná obec/mesto / ďalej len obec/mesto/ v zmysle § 80 písm u/ 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 uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Všeobecný lekár vydá faktúru za vyhotovenie lekárskeho nálezu na číslo účtu mesta/obce a následne mesto/ obec v zmysle citovaného zákona preplatí zdravotný výkon

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol/a som oboznámený/á 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 ..............................

---------------------------------------------------

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

/alebo zákonného zástupcu/, ktorý žiada

o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**P O T V R D E N I E**

**OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA**

§ 92 ods. 6zákona 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"/.

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/ka ...................................................... vzhľadom na svoj

zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .......................................... ............................................................

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára