**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA k poskytnutiu sociálnej služby**

**Žiadateľ:**

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

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

 **Trvalý/ prechodný pobyt:** .........................................................................................................................

 **Kontaktné údaje:**

 **Telefón:** ...................................................... **E-mail:** ..................................................................................

**Vyjadrenie lekára:**

Žiadateľovi vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav [ ]  **odporúčam** [ ]  **neodporúčam**

poskytovanie sociálnej služby: [ ]  prepravná služba

[ ] požičiavanie pomôcok

[ ]  donáška obedov do domácnosti

[ ]  monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Dňa ….............................

 ….................................….......................................

 pečiatka a podpis lekára