

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**ŽIADOSŤ O OPÄTOVNÉ POSÚDENIE ODKÁZANOSTI**

**NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Žiadateľ:**

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

**Rodné priezvisko:** ..............................................................................................................................

1. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
2. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................

 **Prechodný pobyt:** ........................................................................................... **PSČ:** ......................

1. **Kontaktné údaje:**

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

 **Kontakt na príbuzných:** ......................................................................................................................

(meno a priezvisko, vzťah)

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

1. **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ opätovne posúdený** (hodiace sa označte „X“)**:**

Opatrovateľská služba [ ]  Zariadenie opatrovateľskej služby [ ]

Zariadenie pre seniorov [ ]  Denný stacionár [ ]

1. **Forma sociálnej služby** (hodiace sa označte „X“)**:**

Terénna [ ]  Pobytová: týždenná [ ]

Ambulantná [ ]  celoročná [ ]

1. **Stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby:** ..........................................................................

(ktorý bol žiadateľovi priznaný v ostatnom rozhodnutí o odkázanosti na sociálnu službu).

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

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

Dňa …........................................

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

 podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu)

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

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle https://www.banskabystrica.sk/urad/ochrana-osobnych-udajov/, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.“

Dňa …........................................

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

 podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu)

1. **Prílohy:**

 ☐ lekársky nález alebo správy o priebehu a vývoji choroby, výpis zo zdravotnej dokumentácie, prepúšťacie správy z hospitalizácie **nie staršie ako šesť mesiacov,**

 ☐ povolenie príslušného orgánu na pobyt, ak posúdenie odkázanosti žiada cudzinec.