



MESTO BANSKÁ BYSTRICA
MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,
Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

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

Žiadateľ:

1. **Meno a priezvisko:**

Rodné priezvisko:

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

3. **Trvalý pobyt:** **PSC:**

Prechodný pobyt: **PSC:**

4. **Kontaktné údaje:**

Telefón: **E-mail:**

Kontakt na príbuzných:
(meno a priezvisko, vzťah)

Telefón: **E-mail:**

5. **Štátne občianstvo:**

6. **Rodinný stav** (hodiace označte „X“):

slobodný (á) rozvedený (á)

ženatý/vydatá ovdovený (á)

Žijem s druhom (s družkou):
(meno a priezvisko)



7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa označte „X“):

- Opatrovateľská služba Zariadenie opatrovateľskej služby
Zariadenie pre seniorov Denný stacionár

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

- Terénna Pobytová: týždenná
Ambulantná celoročná

9. Žiadateľ býva (hodiace sa označte „X“):

- vo vlastnom dome
vo vlastnom byte
v podnájme
Počet obytných miestností:
Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti:

10. Odôvodnenie potreby poskytovania sociálnej služby:

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

11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

| Meno a priezvisko | Adresa | Telefón e-mail | Príbuzenský vzťah | Dátum narodenia |
|-------------------|--------|-------------------|----------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



12. Ďalší príbuzní:

| Meno a priezvisko | Adresa | Telefón e-mail | Príbuzenský vzťah | Dátum narodenia |
|-------------------|--------|-------------------|----------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

13. Opatrovník (v prípade, že má žiadateľ obmedzenú spôsobilosť na právne úkony):

Meno a priezvisko opatrovníka:

Adresa:

Telefón: **E-mail:**

** kópia rozsudku súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu, ktorou bol súdom ustanovený opatrovník.*

14. Splnomocnenec (v prípade, že opatrovaná osoba splnomocnila inú osobu na právne úkony):

Meno a priezvisko splnomocnenca:

Adresa:

Telefón: **E-mail:**

** kópia generálnej plnej moci resp. splnomocnenca*

15. Má žiadateľ priznaný peňažný príspevok na opatrovanie alebo peňažný príspevok na osobnú asistenciu v zmysle zákona č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov od príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny?

Áno Nie

16. 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)



17. 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)

18. Prílohy:

- lekársky nález **alebo** správu o priebehu a vývoji choroby, výpis zo zdravotnej dokumentácie, prepúšťacie správy z hospitalizácie **nie staršie ako šesť mesiacov**,
- povolenie príslušného orgánu na pobyt, ak o posúdenie odkázanosti žiada cudzinec.

