

 Odtlačok pečiatky podateľne

M E S T O  T R E N Č Í N

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene  a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

|  |
| --- |
| **1. Žiadateľ** meno a priezvisko ....................................................................................................................... rodné priezvisko ..........................................................................................................................  |
| **2. Dátum narodenia** .................................... č. obč. preukazu ..................................................  |
| **3. Adresa trvalého pobytu**Ulica a číslo domu.......................................................................................................................PSČ .............................................. okres ..................................................................................... telefón ................................................................ e-mail ............................................................. prechodný pobyt .......................................................................................................................... **Korešpondenčná adresa**............................................................................................................ |
| **4. Štátne občianstvo**................................................................................................................... |
| **5. Rodinný stav** (hodiace sa zaškrtnite): * slobodný/á
* ženatý
* vydatá
* rozvedený/á
* ovdovený/á
* žije s druhom (družkou) .........................................................................................................
 |
| **6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku** .......................................................................... s**uma mesačne:**............................................................................................................................. |
| **7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite):-**je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby*** zariadenie pre seniorov */ domov dôchodcov* /
* zariadenie opatrovateľskej služby
* opatrovateľská služba
* iné

***Poznámka:****Žiadosť o posúdenie odkázanosti na soc. službu sa podáva príslušnej obci (mestu) v mieste trvalého bydliska žiadateľa. Tlačivo žiadosti o posúdenie odkázanosti na uvedený druh soc. služby Vám poskytne obec (mesto).* |
| **8. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite): * ambulantná
* terénna
* pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)
 |

**9. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený:**

* ťažké zdravotné postihnutie
* nepriaznivý zdravotný stav
* dovŕšenie dôchodkového veku
* iné vážne dôvody (uveďte) ...............................................................................................

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

**10. Žiadateľ býva:**

* vo vlastnom dome
* vo vlastnom byte
* v podnájme
* u príbuzných
* iné (uveďte).........................................................................................................................

**Počet obytných miestností:**......................................................................................................

**Počet osôb žijúcich v spoločnej domácnosti**..........................................................................

**11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko Adresa Príbuzenský vzťah Kontakt – č. tel.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**12. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko Adresa Príbuzenský vzťah Kontakt – č. tel.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **13. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:** meno a priezvisko zákonného zástupcu........................................................................................ adresa ...................................................................................................... PSČ ............................ telefón ...................................................... e-mail ........................................................................  |

**14. Bol už žiadateľ umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?**

* Áno v ktorom...........................................................................................
* Nie

**Súhlas so spracovaním osobných údajov žiadateľa:**

V zmysle §11 zákona 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu zo stany Mestského úradu v Trenčíne so sídlom Mierové nám. č. 2, 911 64 Trenčín. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb ) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia doručeného MsÚ v Trenčíne.

**Čestné vyhlásenie:**

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý – á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V ........................... dňa...................

 ................................................... vlastnoručný podpis

**Poučenie:**

1. Ak žiadateľ nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba.
2. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave** fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a **lekársky nález** na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.
3. Žiadateľ doloží aktuálne **rozhodnutie** sociálnej poisťovne **o výške poberania dôchodku**
4. Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny **na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný inou obcou alebo VÚC, ak bol tento vydaný a právoplatné **rozhodnutie o zbavení spôsobilosti** na právne úkony ak bolo toto vydané.

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

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR 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 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**

1. **osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)**
2. **subjektívne ťažkosti**

**II Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

**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 podľa WHO
* pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spitrometria)
* pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie)
* pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádia
* pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, nuropatia, diabetická noha)
* pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria
* pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
* pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ
* 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 osôb, nevypisuje sa fyziologický nález.

**II B \***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

1. popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením ( goniometria v porovnaní s druhou stranou),
2. priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárna magnetická rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie 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:**

Zdravotné výkony na účely zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) Mesto Trenčín uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený 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: ....................

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

 podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,

 ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**P o t v r d e n i e**

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR 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 ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

 Podpísaný MUDr. .........................................................ošetrujúci lekár pána/pani.....................

....................................................bytom............................................................týmto potvrdzujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas: Meno, priezvisko a príbuzenský pomer.....................................................................................................................

Dátum: ..........................................................

 podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky