

Mestský úrad Hanušovce nad Topľou, Mierová č. 333/3, 094 31 Hanušovce nad Topľou

Mesto Hanušovce nad Topľou
Sociálne oddelenie
Mierová 333/3
094 31 Hanušovce n/Topľou

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a doplnení
zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

I. údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko: Rodné priezvisko:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Rodinný stav: Štátne občianstvo:

Adresa trvalého pobytu:

Kontaktná adresa: č. t.

II. Druh sociálnej služby (vyznačiť podčiarknutím)

Opatrovateľská služba
Zariadenie opatrovateľskej služby
Zariadenie pre seniorov
Denný stacionár

III. Forma:

ambulantná
pobytová
terénna

IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony

Meno a priezvisko : adresa:

Číslo telefónu: e-mail:

V. Rodinní príslušníci žiadateľa

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko

príbuzenský pomer, kontakt (č. t.)

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

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko

príbuzenský pomer

*trvalý pobyt
kontakt (č.t.)*

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

VI. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:

Druh dôchodku: Výška dôchodku:

Iný príjem :

Finančné úspory, vklady:

Nehnutelný majetok:

VII. Súhlas na spracúvanie osobných údajov žiadateľa:

V zmysle §7 zákona NR SR 428/ 2002 Z .z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov vyhlasujem , že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti pre účely vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu.

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé.

V Hanušovciach n/T dňa.....

.....

podpis žiadateľa/zákonného zástupcu

Prílohy:

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa

Potvrdenie o výške príjmu žiadateľa

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. 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, fyziatrisko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej 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 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 § 80 písm. u) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné úkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho posudku 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
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu