

**Obec Korská,  
Školská ulica 410/2, 013 13 Korská**

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**1. Žiadateľ**

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko (u žien) .....

**2. Dátum narodenia .....**

Adresa pobytu .....

**3. Bydlisko ..... PSČ .....**

Telefón ..... e-mail .....

**4. Štátne občianstvo .....**

**5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite) :**

Slobodný/á

Ženatý

Vydatá

Rozvedený/á

Ovdovený/á

Žijem s druhom (družkou)

**6. Životné povolanie .....**

Osobné záujmy žiadateľa .....

**7. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku .....**

**8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite) :**

Denný stacionár  Zariadenie opatrovateľskej služby

Opatrovateľská služba

Zariadenie pre seniorov (domov dôchodcov)

**9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite) :**

- Ambulantná   
Terénna   
Celoročný pobyt

**10. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite) :**

- Vo vlastnom dome   
Vo vlastnom byte   
V podnájme

Počet obytných miestností .....

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

**11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

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

**12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti**

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia

**14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

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

**15. V prípade, že je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na výkon právnych úkonov**

Meno a priezvisko zák. zástupcu .....

Adresa zákonného zástupcu .....

Telefón ..... e-mail .....

**16. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

.....  
.....

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

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

Dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

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

V zmysle nariadenia EPaR EÚ 2016/679 (GDPR) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracovaním osobných údajov za účelom spracovania žiadosti.

Dňa : .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**19. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.**

Dňa : .....

.....  
pečiatka a podpis lekára