


MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

Mestský úrad

Štúrova 1989/41

031 42 Liptovský Mikuláš

ŽIADOSŤ O OPĀTOVNÉ POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

v zmysle zákona 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 v platnom znení.

ŽIADATEĽ¹:
Meno a priezvisko: _____

Rodné priezvisko: _____ **Dátum narodenia:** _____

Adresa trvalého pobytu: _____ **PSČ:** _____

Adresa prechodného pobytu: _____ **PSČ:** _____

Telefón: _____ **Email:** _____

Štátne občianstvo: _____

Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á	<input type="checkbox"/>
ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený/á	<input type="checkbox"/>
ovdovený/á	<input type="checkbox"/>
žije s druhom/družkou	<input type="checkbox"/>

ODKÁZANOSŤ ŽIADATEĽA NA SOCIÁLNU SLUŽBU:

Stupeň odkázanosti žiadateľa na pomoc inej fyzickej osoby: _____

Číslo rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu: _____

Dátum vystavenia rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu: _____

Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu vydal: _____

¹ Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA (vyplňte v prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu):

Meno a priezvisko: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Telefón: _____ Email: _____

DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY, na ktorú má byť fyzická osoba opätovne posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| zariadenie pre seniorov | <input type="checkbox"/> |
| zariadenie opatrovateľskej služby | <input type="checkbox"/> |
| denný stacionár | <input type="checkbox"/> |
| opatrovateľská služba | <input type="checkbox"/> |

FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (hodiace sa zaškrtnite):

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| terénna | <input type="checkbox"/> |
| ambulantná (denná) | <input type="checkbox"/> |
| týždenná pobytová | <input type="checkbox"/> |
| celoročná pobytová | <input type="checkbox"/> |

VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA (resp. zákonného zástupcu):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (resp. zákonného zástupcu)

PRÍLOHY:

- Lekársky nález, prepúšťacia správa z nemocnice alebo lekárske správy, nie staršie ako 6 mesiacov od dátumu podania žiadosti.
- Kópia pôvodného rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu.
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka vydaná príslušným súdom, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu (ak je relevantné).
- Pri žiadosti, ktorú podá cudzinec uvedený v § 3 ods. 2 písm. b) zákona o sociálnych službách je potrebné k žiadosti priložiť aj povolenie príslušného orgánu na pobyt, potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy. U ostatných cudzincov je potrebné priložiť povolenie príslušného orgánu na pobyt. Slovák žijúci v zahraničí predloží aj potvrdenie o splnení podmienky podľa § 3 ods. 2 písm. l) zákona o sociálnych službách.
- Potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa, ak nemôže žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav podať žiadosť sám (ak je relevantné).

