Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko: Titul: |
| Dátum narodenia: Rodné číslo: |
| Adresa: Trvalého pobytu:    Prechodného pobytu: |
| Rodinný stav: |
| Štátne občianstvo: |
| Telefonický kontakt na žiadateľa:  Telefonický kontakt na príbuzného: |
| Sociálne postavenie: |
| Ak je žiadateľ dôchodca druh a výška dôchodku: |

**B. Údaje zákonného zástupcu** (vyplňte v prípade, ak žiadateľ(ka), nie je spôsobilý(á) na právne úkony):

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko: Titul: |
| Adresa: Trvalého pobytu:  Prechodného pobytu: |
| Dôvod zastúpenia: Telefón: |

**C. Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby, dôvody prečo nemôže rodina žiadateľovi poskytnúť starostlivosť:**

|  |
| --- |
|  |

**D. Druh sociálnej služby:**

 Opatrovateľská služba

 Denný stacionár

 Zariadenie opatrovateľskej služby

 Zariadenie pre seniorov

**E. Forma sociálnej služby (vyberte a označte len jednu formu sociálnej služby) ­**

 terénna ­

 ambulantná ­

 pobytová: a) denný pobyt

b) týždenný pobyt

c) celoročný pobyt

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

 Áno v ktorom ….........................................................................................................

 Nie

**G. Vyhlásenie žiadateľa**

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

V Nitre dňa: .............................. ........................................................................

podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

**H. Potvrdenie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (vypĺňa sa v prípade posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a na denný stacionár)**

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v Nitre, oddelenie peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ŤZP potvrdzuje, že :

Pán/pani ........................................................., nar. : .................................

Bytom ........................................................................................................

**Je / nie je** \* poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu

Inej fyzickej osobe sa **poskytuje / neposkytuje\*** peňažný príspevok za opatrovanie žiadateľa.

V Nitre dňa: ............................ .........................................................

odtlačok úradnej pečiatky a podpis

\*nehodiace sa prečiarknite

**I. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlas Mestu Nitra, so sídlom Štefánikova tr. 60, Nitra, so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

V Nitre dňa: .............................. ........................................................................

podpis žiadateľa / zákonného zástupcu

**J. 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. Objektívny nález:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:

(body mass index) (krvný tlak) (pulz)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 (spirometria),

- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),

- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,

- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, 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 osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

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, fyziatricko-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 .............................. dátum ................ ....................................................

podpis lekára, ktorý lekársky nález

vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

**K. Určenie osoby na vykonanie sociálnej posudkovej činnosti**

**Žiadateľ**

Meno a priezvisko, titul : .............................................................................................................

Dátum narodenia : ............................ Adresa trvalého pobytu : .................................................

**u r č u j e m**

v zmysle § 50 ods. 9 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách

Meno a priezvisko, titul : .............................................................................................................

Dátum narodenia : ............................ Adresa trvalého pobytu : .................................................

Telefonický kontakt : .............................................

za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatnenia práva vyjadriť moje potreby a návrhy na riešenie mojej nepriaznivej sociálnej situácie.

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

podpis žiadateľa