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