



Nitriansky samosprávny kraj

ŽIADOSŤ

O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

A

LEKÁRSKY NÁLEZ

Sídlo kraja:

Úrad Nitrianskeho samosprávneho kraja, Rázusova 2A, 949 01 Nitra
tel. 00421/ 37/ 69229 01, 69229 58, 69229 28, 69229 95

1. Žiadateľ meno a priezvisko rodné priezvisko	
2. Dátum narodenia č. obč. preukazu	
3. Adresa trvalého pobytu PSC okres telefón e-mail prechodného pobytu súčasného pobytu Kontaktná osoba Telefón	
4. Štátne občianstvo	
5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovený/á <input type="checkbox"/> Žije s druhom (družkou)	
6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku	
7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite): domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> rehabilitačné stredisko <input type="checkbox"/>	
8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite): denný pobyt týždenný pobyt celoročný pobyt	
9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony: zákonný zástupca/opatrovník (doložiť rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok) meno a priezvisko dátum narodenia adresa PSC telefón e-mail	

10. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú(ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

áno (uviesť číslo rozsudku vydal
..... dňa)

nie

11. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa :

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka)

12. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Nitrianskemu samosprávnemu kraju, Rázusova 2A, 949 01 Nitra podľa zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona číslo 122/2013.

Dňa :

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka)

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

Dňa:

.....
Pečiatka a podpis lekára

Príloha k žiadosti

Žiadateľ

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia : Č. obč. preukazu:.....

Adresa trvalého pobytu :

u r č u j e m

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

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia : Č. obč. preukazu:.....

Adresa trvalého pobytu :

Telefónny kontakt :

len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

V, dňa

.....
podpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

V, dňa

.....
podpis určenej osoby