



MESTO MYJAVA

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Údaje o žiadateľovi:

Meno a priezvisko:

Rodné priezvisko:

Rodné číslo: Deň, mesiac a rok narodenia:

Miesto narodenia:

Rodinný stav: Štátne občianstvo:

Adresa trvalého pobytu:

Telefón:

2. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:

Druh sociálnej služby:

- a) denný stacionár
- b) opatrovateľská služba
- c) zariadenie pre seniorov
- d) zariadenie opatrovateľskej služby

Forma sociálnej služby:

- a) denná – denný stacionár
- b) terénna – opatrovateľská služba
- c) pobytová – zariadenie pre seniorov
- d) pobytová – zariadenie opatrovateľskej služby
- e) iná

Názov a adresa zariadenia, v ktorom sa má vykonávať sociálna služba:

3. Príjmové a majetkové pomery:

Druh dôchodku: Výška dôchodku:

Iný príjem:

4. Údaje o osobách žijúcich so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Rok narodenia	Príbuzenský pomer
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

5. Údaje o rodinných príslušníkoch žiadateľa žijúcich mimo spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Rok narodenia	Príbuzenský pomer
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

6. Údaje o kontaktnej osobe:

Meno a priezvisko:
Bydlisko:
Telefón:

7. Údaje o lekárovi, s ktorým má žiadateľ podpísanú dohodu o vykonávaní lekárskej starostlivosti:

Meno a priezvisko lekára:
Adresa jeho ambulancie:

8. Potvrdenie z ÚPSVaR pracovisko Myjava, že na žiadateľa nie je poberaný peňažný príspevok za opatrovanie a peňažný príspevok na osobnú asistenciu.

--

9. Vyhlásenie žiadateľa:

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

V Myjave, dňa: Vlastnoručný podpis žiadateľa:

10. Súhlas s vyžiadaním zdravotnej dokumentácie žiadateľa:

Súhlasím, aby si posudkový lekár mesta Myjava vyžiadal od môjho zmluvného lekára moju zdravotnú dokumentáciu.

V Myjave, dňa: Vlastnoručný podpis žiadateľa:

11. Súhlas na spracovanie osobných údajov:

V zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov, dávam týmto súhlas prevádzkovateľovi informačného systému, Mestu Myjava, nám. M. R. Štefánika 560/4, 901 01 Myjava, na spracovanie mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších údajov nevyhnutných pre spracovanie sociálnej agendy. Tento súhlas je platný do jeho písomného odvolania.

V Myjave dňa: Podpis žiadateľa:

Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu je lekársky nález, ktorý tvorí prílohu č.1

Ak máte od príslušného ÚPSVaR vypracovaný komplexný posudok, priložte ho k žiadosti.

Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v nom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V Myjave, dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa