



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 vyžiadáním zdravotnej dokumentácie žiadateľa:

Súhlasím, aby si posudkový lekár mesta Myjava vyžiadaval 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.

Príloha č.1 k žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu:

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti fyzickej osoby na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona c. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona c. 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, periméter, 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, fyziatrisko-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

.....

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