



# 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:**

<b>Meno a priezvisko</b>	<b>Rok narodenia</b>	<b>Príbuzenský pomer</b>
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

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

<b>Meno a priezvisko</b>	<b>Rok narodenia</b>	<b>Príbuzenský pomer</b>
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

**6. Údaje o kontaktnej osobe:**

<b>Meno a priezvisko:</b> .....
<b>Bydlisko:</b> .....
<b>Telefón:</b> .....

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

<b>Meno a priezvisko lekára:</b>
<b>Adresa jeho ambulancie:</b>

**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. 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