



O B E C
9132 32 Dolná Súča
č. tel. : 032 / 65 931 50

Ž I A D O S Ť
o opätovné
posúdenie odkázanosti
na sociálnu službu

Podacie číslo žiadosti :

Evidenčné číslo :

1. Žiadateľ :

meno a priezvisko (aj rodné) , titl.

2. Dátum narodenia :

deň, mesiac, rok miesto

3. Bydlisko :

Dolná Súča

913 32

obec

číslo

PSC

4. Prechodný pobyt

5. Štátne občianstvo :

národnosť :

6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie :

- Zariadenie pre seniorov
- Domáca opatrovateľská služba
- Zariadenie opatrovateľskej služby
- Denný stacionár

7. Forma sociálnej služby :

- terénna
- ambulatná
- celoročná - pobytová
- iná

8. Dôvod žiadosti o opätovné posúdenie odkázanosti na SS :

.....
.....

9. Doterajšie posúdenie :

Číslo posúdenia o odkázanosti : _____

Právoplatné dňom : _____

Stupeň odkázanosti : _____

V súčasnosti sa mi poskytuje druh SS : _____

10. Kontakt na príbuzných :

Meno a priezvisko :

Príbuzenský vzťah :

Bydlisko :

Telefónne číslo :

11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Dolná Súča, v zmysle zákona č. 18 / 2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osob pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel opätovného posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§14).

Ďalej súhlasím s vykonaním návštevy v mojej domácnosti a so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností, ktoré sú potrebné pre vyhotovenie posudku o odkázanosti na sociálnu službu u mojich najbližších príbuzných.

vlastnoručný podpis žiadateľa*
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

12. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

Čestne vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomá (ý) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa _____

Vlastnoručný podpis žiadateľa*
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

13. Prílohy :

- Vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“
- Potvrdenie lekára, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav si sám nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

