

	OBEC ZAMAROVCE Obecný úrad Zamarovská 97/1 91105 Zamarovce	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka, dátum podania žiadosti
1. Žiadateľ			
_____ priezvisko (u žien aj rodné)		_____ meno	
2. Dátum narodenia			
_____ deň, mesiac, rok		_____ miesto	_____ okres
3. Adresa pobytu			
_____ Obec, PSČ		_____ ulica, číslo	_____ okres
4. Štátne občianstvo _____			
5. Rodinný stav slobodný (á) ženatý, vydatá rozvedený (á) vdovec (a) žijem s druhom (družkou)			
6. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie * <ul style="list-style-type: none"> 1. Zariadenie pre seniorov 2. Zariadenie opatrovateľskej služby 3. Denný stacionár 4. Opatrovateľská služba 			
7. Forma sociálnej služby * terénna ambulantná pobytová iná			
8. Pôvodné povolanie a vzdelanie _____			
9. Zál'uby žiadateľa			
10. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku _____ Mesačne EUR _____			

Iné príjmy :

11. Žiadateľ býva * vo vlastnom dome
vo vlastnom byte
v podnájme

Počet obytných miestností _____

12. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení sociálnych služieb :

12 a) Ako bola už vlastným pričinením žiadateľa riešená jeho sociálna situácia :

13. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

14. Manžel (ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia

15. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

15a) Ako a v akom rozsahu poskytuje pomoc rodina ?

16. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony

17. Bol žiadateľ v predchádzajúcom období umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?

áno, v ktorom

nie

18. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

20. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Zamarovce, Zamarovská 97/1, Zamarovce podľa zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, 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 č. 428/2002.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

*hodiace sa podčiarknite !

Prílohy:

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, vzor podľa osobitného predpisu – z.č. 447/2008 Z.z.

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 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: (body mass index)

TK: (krvný tlak)

P: (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, fyziatrcko-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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vdňa

podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. O živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhradza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné úkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.