



OBEC TRENČIANSKA TURNÁ
Trenčianska Turná 86, 913 21 Trenčianska Turná

Odtlačok pečiatky zariadenia sociálnych služieb, v ktorom má byť žiadateľovi poskytnutá sociálna služba a dátum podania žiadosti

Obec Trenčianska Turná		
Dátum:	RZ	ZH-LU
Evidenčné číslo:	Číslo spisu:	
Prílohy/listy:	Vybavuje:	

Žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti
na sociálnu službu

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Žiadateľ:

meno a priezvisko

rodné priezvisko

rodinný stav.....

dátum a miesto narodenia

číslo občianskeho preukazu:.....

Adresa:

trvalého pobytu

PSC okres

telefón e-mail

Adresa:

prechodného pobytu.....

PSC okres

telefón e-mail

Korešpondenčná adresa:.....

Štátne občianstvo:.....

Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:

suma mesačne:.....

Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko, adresa	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

Súhlas so spracovaním osobných údajov žiadateľa:

V zmysle zákona č. 18/2018 Z.z., o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti ako aj ďalších osobných údajov nevyhnutných pre účel vyhotovenia posudku odkázanosti na sociálnu službu zo strany Obce Trenčianska Turná. Zároveň vyhlasujem, že súhlasím s ich poskytovaním inej osobe (zariadeniam sociálnych služieb) výhradne na účel súvisiaci s poskytovaním súčinnosti a spolupráce týkajúcej sa vykonávania posudkovej činnosti. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia doručeného OcÚ Trenčianska Turná.

Čestné vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý - á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V Trenčianskej Turnej dňa

.....

vlastnoručný podpis

Poučenie :

1. Ak žiadateľ nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba.
2. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave fyzickej osoby**, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a **lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**.
3. Žiadateľ doloží aktuálne **rozhodnutie sociálnej poisťovne a výške poberania dôchodku**
Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny na účely **kompensácie sociálnych výsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný obcou alebo VÚC, ak bol tento vydaný a **právoplatne rozhodnutie o zbavení spôsobilosti na právne úkony**, ak bolo vydané.

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,
ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**
/vyplní obvodný lekár/

Žiadateľ – meno, priezvisko, titul:.....

Dátum a miesto narodenia:.....
/deň, mesiac, rok, obec/

Trvalé bydlisko:.....
/ulica, or.č., obec, PSČ /

Vyjadrenie lekára:

Dňa:

Pečiatka:

Podpis lekára:

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. 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, titul.....

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:

P:

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, perimeter, 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, fyziatricko – 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: dňa:

.....
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 ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

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

V: dňa:

.....
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu