# Erb

#  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 ............................................................................................................................... PSČ .............................................. okres ........................................................................................ telefón ................................................................ e-mail ................................................................. **Adresa:** prechodného pobytu........................................................................................................................ PSČ .............................................. okres ......................................................................................... telefón ................................................................ e-mail .................................................................. **Korešpondenčná adresa:**........................................................................................................... |
| **Štátne občianstvo:**......................................................................................................................... |
|  |
| **Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku:** ................................................................................ s**uma mesačne:**................................................................................................................................ |
|  |

**Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

zákonný zástupca:........................................................................................................................

meno a priezvisko: ......................................................................................................................

adresa: ...................................................................................................... PSČ ...........................

telefón: ...................................................... e-mail ....................................................................... **Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

zákonný zástupca:........................................................................................................................

meno a priezvisko: ......................................................................................................................

adresa: ...................................................................................................... PSČ ...........................

telefón: ...................................................... e-mail .......................................................................

# Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený:

* ťažké zdravotné postihnutie
* nepriaznivý zdravotný stav
* dovŕšenie dôchodkového veku

**Majetkové pomery:**

Hotovosť /u koho?/.......................................................................................................................

Vklady /kde?/................................................................................................................................

Hnuteľný majetok /aký?/...............................................................................................................

Životné poistenie /názov poisťovne/.............................................................................................

**Žiadateľ býva:.**............................................................................................................................

/vo vlastnom dome – byte, v podnájme, u príbuzných, osamelo /

**Počet obytných miestností:**.........................................................................................................

# Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko, adresa Príbuzenský pomer Rok narodenia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 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 ošetrujúceho 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 s**ociálnej poisťovne a **výške poberania dôchodku**

Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny na **účely kompenzácie 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