	Mesto Šurany **Mestský úrad, Námestie hrdinov č. 1,** **942 01 Šurany**	Odtlačok evidenčnej pečiatky

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle zákona 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

Žiadateľ **meno a priezvisko:** **rodné priezvisko:**	
Dátum narodenia:	
Rodné číslo :	
Adresa trvalého pobytu:	
Adresa prechodného pobytu:	
Číslo občianskeho preukazu:	
Telefónne číslo:	
Rodinný stav:	
Štátne občianstvo:	
Druh dôchodku/výška dôchodku	
Kontaktná osoba:	

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

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

Rodinní príslušníci žijúci mimo spoločnej domácnosti: (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta)

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite)

sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:

1.)

poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek,

zariadenie pre seniorov □

2.)

domáca opatrovateľská služba □

Forma poskytovanej sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

pobytová – celoročne □

terénna □

Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony :

Meno a priezvisko zákonného zástupcu : .....

Adresa zákonného zástupcu : .....

Telefón : ..... e-mail : .....

Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

V ..... dňa ....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Súhlas so spracovaním osobných údajov

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

V ..... dňa ....

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V ..... dňa ....

Pečiatka a podpis lekára

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:.....

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 inkontinencie:

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 retardácií 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 fenylketonúrií 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), nukleárnejmagnetickej 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

Poznámka:
Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/2008 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) Mesto Šurany uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenia 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 (a) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V .....dňa.....

.....

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(alebo zákonného zástupcu), ktorý žiada
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

MESTO ŠURANY

Kmeňové dáta dodávateľa

Obchodné meno:.....

Adresa – Ulica, číslo domu:.....

Miesto, PSČ:.....

Telefón:.....

Fax:.....

E-mail:.....

IČO:.....

DIČ:.....

IČ DPH:.....

Bankové spojenie:.....

Bankový účet/kód banky:.....

Vyhotovil: Dátum: Podpis:

Príloha*: - výpis z obchodného registra
- výpis zo živnostenského registra
- licencia

* priložiť čo sa hodí

Poznámka:
Tlačivo vyplní lekár, ktorý vydáva potvrdenie o zdravotnom stave klienta a zašle bezodkladne faktúru Mestu Šurany, Nám, hrdinov č.1, 94201 Šurany. Mesto Šurany preplatí v zmysle §80 písm. u) Zák. č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.