

**Mesto Stará Ľubovňa**  
Mestský úrad  
Oddelenie sociálnych vecí a bytovej politiky  
Obchodná 1  
064 01 Stará Ľubovňa

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**1. Žiadateľ/ žiadateľka**

Meno a priezvisko (rodné priezvisko u žien) .....

Dátum a miesto narodenia ..... Rodné číslo .....

Adresa trvalého pobytu .....

Adresa aktuálneho pobytu .....

Telefón ..... E-mail .....

Štátne občianstvo ..... Národnosť ..... Číslo obč. preukazu.....

Druh dôchodku .....

**2. Opatrovník, ak je žiadateľ/ka pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony**

Meno a priezvisko.....

Adresa trvalého pobytu .....

Telefón ..... E-mail .....

**3. Rodinný stav**

slobodný	rozvedený/á
ženatý	ovdovený/á
vydatá	žijem s druhom/družkou

**4. Žiadateľ/ka býva**

vo vlastnom dome	iné (uved'te) .....
vo vlastnom byte	počet obytných miestností .....
v podnájme	počet členov žijúcich v domácnosti (okrem žiadateľa) .....

**5. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená**

(je možné označiť iba jeden druh sociálnej služby)

Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)

Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)

Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)

Domov sociálnych služieb (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)

Špecializované zariadenie (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)  
Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

**6. V ktorom zariadení soc. služieb by si žiadateľ/ka želal/a byť umiestnený/á**

(ak žiada o umiestnenie do zariadenia)

.....

**7. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedená sociálna služba**

Opatrovateľská služba (terénna sociálna služba)

Zariadenie opatrovateľskej služby (pobytová forma sociálnej služby, na určitý čas)

Zariadenie pre seniorov (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)

Domov sociálnych služieb (pobytová forma sociálnej služby, celoročná)

Denný stacionár (ambulantná forma sociálnej služby)

Peňažný príspevok na opatrovanie (poskytuje úrad práce, soc. vecí a rodiny)

Iné (uved'te) .....

Neposkytuje sa mi žiadny druh sociálnej služby

**8. Čím žiadateľ/ka odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

.....  
.....  
.....

**9. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa/ku**

.....  
.....  
.....

**10. Osoby žijúce so žiadateľom/kou v spoločnej domácnosti**

(manžel/ka, deti, rodičia, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt


**11. Osoby bývajúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa/ky**

(manžel/ka, deti, rodičia, iní príbuzní)

Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt

**12. Vyhlásenie žiadateľa/ky (inej fyzickej osoby)**

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

V ..... dňa .....

podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka

**13. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Stará Ľubovňa, Obchodná 1, 064 01 Stará Ľubovňa podľa zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 § 28

zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov.

V ..... dňa .....

podpis žiadateľa/zákonného zástupcu/opatrovníka

#### 14. Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V ..... dňa .....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

#### Povinné prílohy:

- lekársky nález, posudok, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie

#### Ďalšie prílohy (ak boli vydané)

- Kópia rozhodnutia o priznaní peňažného príspevku na opatrovanie (vydáva ÚPSVaR)
- Kópia komplexného posudku vydaného ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona 447/2008 Z.z., ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou/mestom/VÚC
- Kópia právoplatného rozhodnutia o zbavení spôsobilosti na právne úkony
- Kópia listiny o ustanovení za opatrovníka

## **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:	TK:	P:
(pulz)		(body mass index)	(krvný tlak)	

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, fyziatrisko-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 posudku 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 .....



.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu