



ŽILINSKÝ
samosprávny kraj

Pečiatka ŽSK

**ŽIADOSŤ
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko.....

rodné priezvisko (u žien)

telefónny kontakt na žiadateľa, príp. na inú kontaktnú osobu.....

e mail na kontaktnú osobu

2. Dátum narodenia

3. Adresa

trvalého pobytuOkres PSČ

prechodného pobytu Okres.....PSČ.....

4. Štátne občianstvo

5. V prípade iného štátneho občianstva alebo iných podmienok o pobyte

Povolenie príslušného orgánu na pobyt pre cudzinca podľa § 3 ods. 2 písm. b)

Potvrdenie o splnení podmienky u Slováka žijúceho v zahraničí podľa § 3 ods. 2 písm. l)

Potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy podľa § 3 ods. 2 písm. b)

6. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

- ☐ slobodný/á ženatý
- ☐ vydatá rozvedený/á
- ☐ ovdovený/á
- ☐ žije s druhom (s družkou)

7. Druh sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

- ☐ domov sociálnych služieb
- ☐ špecializované zariadenie
- ☐ podporovaného bývania
- ☐ rehabilitačné stredisko

8. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

- ☐ denný pobyt
- ☐ týždenný pobyt
- ☐ celoročný pobyt

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

Dňa:

.....

pečiatka a podpis lekára

10. Vyhlásenie žiadateľa (resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

Vyhlasujem, že v dobe podania žiadosti nemám súdom uložené ochranné liečenie, ochranný dohľad alebo umiestnenie v detenčnom ústave ani nie som v dobe vykonávania týchto ochranných opatrení.

- ☐ áno nemám

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

11. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Žilinskému samosprávnemu kraju, Komenského 48, 011 09 Žilina podľa zákona 122/2013 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.

12. Vyhlásenie žiadateľa (resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

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

Dňa.....

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného 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 (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, 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

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 § 81 písm. x) Vyšší územný celok uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

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

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