

Košický samosprávny kraj Námestie Maratónu mieru 1 Košice	Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	Pečiatka, dátum podania žiadosti
1. Žiadateľ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> titul meno priezvisko štátne občianstvo </div>		
2. Dátum narodenia _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> deň, mesiac, rok telefónne číslo </div>		
3. Adresa trvalého pobytu _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> obec ulica, číslo PSČ okres </div> <p>Adresa súčasného pobytu (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu):</p> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> obec ulica, číslo PSČ </div> <p>Korešpondenčná adresa (kde adresovať Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu)</p> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> obec ulica, číslo PSČ </div>		
4. Kontaktná osoba _____ Telefónne číslo _____ E- mail _____ Vzťah so žiadateľom: _____		
5. Rodinný stav <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> slobodný (á) <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ženatý, vydatá <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ovdovený (á) <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> žijem s druhom (družkou) <input type="checkbox"/> </div> </div>		
6. Meno a priezvisko, adresa a telefón zákonného zástupcu alebo opatrovníka, ak je žiadateľ <u>súdom zbavený</u> spôsobilosti na právne úkony _____ _____		
7. Druh sociálnej služby, na ktorú fyzická osoba požaduje posúdenie <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko</div> </div>		
8. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú liečbu (ústavnú), ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave? <input type="checkbox"/> áno (uviesť číslo rozsudku _____ vydal _____ dňa _____) <input type="checkbox"/> nie		
9. Forma sociálnej služby <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> pobytová ročná <input type="checkbox"/> pobytová týždenná <input type="checkbox"/> ambulantná <input type="checkbox"/> </div>		

10. Príjem žiadateľa:

- starobný dôchodok vdovský/vdovecký dôchodok mesačne EUR _____
 invalidný dôchodok výsluhový dôchodok iný príjem (uviesť aký) _____

11. Žiadateľ býva: vo vlastnom dome vo vlastnom byte v podnájme

12. Osoby v príbuzenskom vzťahu so žiadateľom (manžel, manželka, rodičia, deti):

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Zamestnávateľ	Bydlisko, tel. číslo

13. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, opatrovníka)

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

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

14. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov poskytnutých Úradu Košického samosprávneho kraja, Námestie Maratónu mieru 1, Košice podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov uvedených v tejto žiadosti za účelom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas na spracúvanie osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného oznámenia o odvolaní doručeného Úradu Košického samosprávneho kraja.

Dňa _____

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
 (zákonného zástupcu alebo opatrovníka)

15. Zoznam príloh

- odborné lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov),
- kópia právoplatného rozsudku o zbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannnej liečbe, ochrannnej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- povolenie príslušného orgánu na pobyt a potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy ak žiadosť podáva cudzinec.

Poznámka: Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, **môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.**

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Pečiatka a podpis lekára