

## 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 fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba/:

Meno: ..... Priezvisko: .....

Dátum narodenia: ..... Rodné číslo : .....

Rodinný stav: ..... Štátne občianstvo : .....

Trvalý pobyt : .....

č. OP : ..... Č. telefónu : .....

Zamestnanie : ..... č. telefónu : .....

Poberateľ dôchodku, druh dôchodku : .....

Kontaktná osoba, adresa, č. telefónu : .....

**Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená /hodiace sa zaškrtnite/:**

**Druh sociálnej služby :**

1. Zariadenie pre seniorov
2. Zariadenie opatrovateľskej služby
3. Denný stacionár
4. Opatrovateľská služba
5. Prepravná služba

**Forma poskytovanej sociálnej služby /v prípade poskytovania sociálnej služby v zariadení/ /hodiace sa zaškrtnite/:**

1. denný pobyt
2. týždenný pobyt
3. celoročný pobyt

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

zákonný zástupca:

Meno a priezvisko : .....

Adresa pobytu : ..... PSČ: .....

Telefón : ..... e-mail : .....

***Vyhlasenie žiadateľa /zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka /:***

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

V .....dňa : .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
/zákonného zástupcu/

***Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov :***

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytujúcich mestu Levice podľa zákona č. 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 vydania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.  
Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona č.122/2013.

V ..... dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
/zákonného zástupcu/

**K žiadosti je potrebné doložiť:**

-Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, ak táto fyzická osoba je už umiestnená v zariadení.

## **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 nález 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 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 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/, elektromyografické /EMG/, elektroencefalografické vyšetrenia/EEG/, výsledok počítačovej tomografie /CT/, nukleárnej magnetickej rezonancie /NMR/, denzitometrické vyšetrenie, ak nie je 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 :

Mesto Levice v zmysle § 80 písm u/ 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 uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Všeobecný lekár vydá faktúru za vyhotovenie lekárskeho nálezu na číslo účtu mesta Levice : Ludová banka, a.s. Pobočka Levice č.ú.4220282335/3100, IČO:00307203, DIČ:2020403242 a následne mu mesto Levice v zmysle citovaného zákona preplatí zdravotný výkon.

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol/a som oboznámený/á 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  
/alebo zákonného zástupcu/, ktorý žiada  
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**P O T V R D E N I E**

z ÚPSV a R, že sa žiadateľovi o sociálnu službu – opatrovateľskú službu

Meno : ..... Priezvisko : .....

Dátum narodenia : ..... Rodné číslo : .....

Trvalý pobyt : .....

**NEPOSKYTUJE :**

**POSKYTUJE :**

- príspevok na osobnú asistenciu
- inou fyzickou osobou peňažný príspevok za opatrovanie

V ..... dňa .....

.....

Podpis a pečiatka  
pracovníka ÚPSV a R