

Mesto Hurbanovo

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU
SLUŽBU

A

LEKÁRSKY NÁLEZ
NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA
SOCIÁLNU SLUŽBU

Adresa: Mestský úrad Hurbanovo, Komárňanská 45/91, 947 01 Hurbanovo

Telefón: 035/3700223, 035/3700222

E-mail: mesto.hurbanovo@hurbanovo.sk

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko, titul	
Rodné priezvisko (u žien)	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Adresa trvalého pobyt	
Adresa prechodného pobytu	
PSČ	
Telefón	
e-mail	
Štátne občianstvo	
Kontaktná osoba	
Adresa kontaktnej osoby	
Telefón	

2. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite)

slobodný/á	<input type="checkbox"/>
ženatý	<input type="checkbox"/>
vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený/á	<input type="checkbox"/>
ovdovený/á	<input type="checkbox"/>
Žijem s druhom (s družkou)	<input type="checkbox"/>
Meno a priezvisko, titul	
Adresa trvalého pobytu	

3. Žiadateľ je dôchodca

Druh dôchodku	
---------------	--

4. Životné povolanie

Povolanie	
Zájmy žiadateľa	

5. Bytové pomery

Hodiace sa zaškrtnite		
vo vlastnom dome	<input type="checkbox"/>	u príbuzných <input type="checkbox"/>
vo vlastnom byte	<input type="checkbox"/>	Iné:
v podnájme	<input type="checkbox"/>	
počet obytných miestností		
počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti:		

6. Vybraná sociálna služba (hodiace sa zaškrtnite)

Opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby – ZOS	<input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/> (celoročný pobyt)
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>

7. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

<input type="checkbox"/> Terénna	<input type="checkbox"/> Ambulantná	<input type="checkbox"/> Pobytová	
		Denný pobyt	<input type="checkbox"/>
		Týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
		Celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

8. Ak je žiadateľ obmedzený na spôsobilosti na právne úkony, údaje opatrovníka

Meno a priezvisko, titul	
Adresa trvalého pobytu	
Telefón	
e-mail	

9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

<input type="checkbox"/> ťažké zdravotné postihnutie <input type="checkbox"/> nepriaznivý zdravotný stav <input type="checkbox"/> dovŕšenie dôchodkového veku <input type="checkbox"/> iné vážne dôvody:

10. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, súrodenci)		
Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	kontakt

11. Rodinní príslušníci žiadateľa mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	kontakt

12. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

.....
.....

13. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy?

Áno druh služby:

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby:
.....
.....

14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

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

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Hurbanovo, so sídlom Komárňanská 45/91, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“), 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 § 27 zákona číslo 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

16. Zoznam príloh:

- obvodným lekárom vyplnené a potvrdené tlačivo „Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu“
- kópia komplexného posudku vydaného Úradom práce sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dávok ZŤP, ak tento bol vydaný
- kópia posudku o odkázanosti na sociálnu službu inou obcou alebo vyšším územným celkom, ak ten bol vydaný
- právoplatné rozhodnutie o obmedzení spôsobilosti na právne úkony, ak bolo vydané
- Uznesenie súdu o ustanovení opatrovníka, ak bolo vydané

Poznámka:

Podľa zákona č. 448/2008 z. z. o sociálnych službách § 92 ods. 6, Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba alebo centrum pre deti a rodiny, ktoré poskytuje starostlivosť tejto fyzickej osobe, ak je fyzickou osobou podľa § 8 ods. 3.

POTVRDENIE LEKÁRA

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

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, titul	
Dátum narodenia	
Adresa trvalého pobytu	
Telefón	
e-mail	

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 (krvný tlak)	P (pulz)

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 cievných 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 fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

Hurbanovo 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 sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

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.

Hurbanovo dňa

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