



# O B E C V Í Ť A Z

Obecný úrad, 082 38 Vítaz 111

---

## **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Adresa : Vítaz 111, 08238  
IČO : 00327981  
DIČ : 2020548233

Tel : 0517911306  
Fax : 0517493580  
e-mail :obecvitaz@obecvitaz.sk

## I. údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko: ..... Rodné priezvisko: .....  
Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: .....  
Rodinný stav: ..... Štátne občianstvo: .....  
Adresa trvalého pobytu: .....  
Kontaktná adresa: ..... č. t. ....

## II. Druh sociálnej služby (vyznačiť podčiarknutím)

Opatrovateľská služba  
Zariadenie opatrovateľskej služby  
Zariadenie pre seniorov  
Denný stacionár

## III. Forma:

ambulantná  
terénna  
pobytová

## IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony

Meno a priezvisko : ..... adresa: .....  
Číslo telefónu: ..... e-mail: .....

## V. Rodinní príslušníci žiadateľa

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

*Meno, priezvisko*

*príbuzenský pomer, kontakt (č.t.)*

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

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

*Meno, priezvisko*

*príbuzenský pomer*

*trvalý pobyt  
kontakt (č.t.)*

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

**VI. Príjmové a majetkové pomery žiadateľa:**

Druh dôchodku: ..... Výška dôchodku: .....

Iný príjem : .....

Finančné úspory, vklady: .....

Nehnutelný majetok: .....

**VII. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\***

Domáca opatrovateľská služba  
Zariadenie pre seniorov  
Denný stacionár  
Zariadenie opatrovateľskej služby

- hodiace sa označte

**VIII. Dôvod poskytovania sociálnej služby**

a/ dôvod žiadateľa

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

b/ dôvody prečo rodinní príslušníci nemôžu opatrovať žiadateľa

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

**IX. Čestné prehlásenie a súhlas na spracovanie osobných údajov žiadateľa:**

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom.

**Súhlas na spracúvanie osobných údajov žiadateľa:**

V zmysle §7 zákona NR SR 428/ 2002 Z .z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov vyhlasujem, že súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti pre účely vyhotovenia posudku o odkázanosti na sociálnu službu.

**Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé.**

Vo Vítaze, dňa .....

.....  
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu

### VIII. Potvrdenie lekára

Ak žiadateľ/ka vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/a podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho/jej mene a s jeho/jej súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa/ky** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

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

Dňa .....

.....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

#### Prílohy:

- Lekársky nález na účely konania vypracovaný lekárom, s ktorým má žiadateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Kópie lekárskeho správ – nálezov
- Potvrdenie o výške príjmu žiadateľa

**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. 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 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 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné úkony 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.

V ..... dňa .....

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