**Mesto Rajec,**

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

**1. Žiadateľ**

 **Meno a priezvisko .................................................................................................................................**

 **Rodné priezvisko (u žien) .....................................................................................................................**

**2. Dátum narodenia ................................................................**

 **Adresa pobytu .......................................................................................................................................**

**3. Bydlisko .......................................................................................... PSČ .............................................**

 **Telefón ........................................................................... e-mail ............................................................**

**4. Štátne občianstvo ..............................................................**

**5. Rodinný stav** (hodiace sa zaškrtnite) :

 Slobodný/á □

 Ženatý □

 Vydatá □

 Rozvedený/á □

 Ovdovený/á □

 Žijem s druhom (družkou) □

**6. Životné povolanie .................................................................................................................................**

 **Osobné záujmy žiadateľa ....................................................................................................................**

**7. Ak je žiadateľ dôchodca, druh dôchodku ..........................................................................................**

**8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite) :

 Denný stacionár □ Zariadenie opatrovateľskej služby □

 Opatrovateľská služba □

 Zariadenie pre seniorov (domov dôchodcov) □

**9. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite) :

 Ambulantná □

 Terénna □

 Celoročný pobyt □

**10. Žiadateľ býva** (hodiace sa zaškrtnite) :

 Vo vlastnom dome □

 Vo vlastnom byte □

 V podnájme □

Počet obytných miestností .................................................

Počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti ..........................................................

**11. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

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

**12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský vzťah** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

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

**15. V prípade, že je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na výkon právnych úkonov**

 Meno a priezvisko zák. zástupcu ..........................................................................................................

 Adresa zákonného zástupcu ..................................................................................................................

 Telefón ................................................................. e-mail .....................................................................

**16. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

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

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

**17. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) :**

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

Dňa ...............................................

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

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

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

V zmysle nariadenia EPaR EÚ 2016/679 (GDPR) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracovaním osobných údajov za účelom spracovania žiadosti.

Dňa : ............................................

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

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

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

Dňa : .............................................

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

 pečiatka a podpis lekára