

## 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 /údaje o fyzickej osobe, ktorá má byť posúdená/:**

Titul, meno a priezvisko: .....

Rodné priezvisko..... Dátum narodenia: .....

Rodné číslo : .....Rodinný stav:.....Štátne občianstvo:.....

č. OP : ..... Č. telefónu : .....

**Adresa trvalého pobytu:** .....

**Adresa súčasného pobytu:**.....

**Kontakt na príbuzných:** /Titul, meno a priezvisko, vzťah/:.....

.....

Telefón:..... E-mail:.....

**Druh dôchodku:** /ak je žiadateľ jeho poberateľom/ : .....

**Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený /vyznačte zakrúžkovaním/**

*Druh sociálnej služby*

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

*Forma poskytovanej sociálnej služby*

1. Terénna
2. Ambulantná
3. Pobytová

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

zákonný zástupca:

Meno a priezvisko : .....

Adresa pobytu : .....PSČ: .....

Telefón : ..... e-mail : .....

Má **žiadateľ** uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

- áno /doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku/
- nie

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

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

V .....dňa : .....

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

**Spracúvanie osobných údajov podľa osobitného zákona**

**Kontaktné údaje na zodpovednú osobu:** [prednosta.socu-levice.dcom.sk](mailto:prednosta.socu-levice.dcom.sk)

**Právny základ:** zákon 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

**Príjemcovia alebo kategórie príjemcov:** Obec/Mesto.....

**Prenos osobných údajov do tretej krajiny:** nebude

**Doba uchovávania osobných údajov:** 10 rokov (podľa osobitného zákona a registratúrneho poriadku).

Obec/Mesto..... po splnení účelu spracúvania osobných údajov bez zbytočného odkladu zabezpečí likvidáciu osobných údajov pokiaľ to osobitný zákon nevyžaduje inak. Obec/Mesto ..... vyhlasuje, že zabezpečí primeranú úroveň ochrany osobných údajov a že bude spracúvať osobné údaje len v súlade s dobrými mravmi a bude konať spôsobom, ktorý neodporuje zákonu o ochrane osobných údajov a ani osobitným zákonom, podľa ktorých sa osobné údaje spracovávajú.

**Práva žiadateľa:**

- žiadateľ má právo požadovať od Obce/Mesto..... prístup k jeho osobným údajom a právo na ich opravu, ako aj právo na prenosnosť údajov,
- žiadateľ má právo obhajovať svoje práva prostredníctvom zodpovednej osoby alebo podaním podnetu na šetrenie, sťažnosti, dozornému orgánu, na Slovensku Úradu na ochranu osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z.

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

Vaše osobné údaje a údaje zákonného zástupcu, opatrovníka, fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby, ktorá podpisuje žiadosť na základe Generálnej plnej moci, spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR ST č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V .....dňa : .....

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

### **K žiadosti je potrebné doložiť:**

1. Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a odborné lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa /**nie staršie ako 6 mesiacov**/, alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.
2. Príloha k žiadosti: Určená osoba (sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby určí),
3. Kópia právoplatného rozsudku o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
4. ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať a podpísať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave podať a podpísať aj iná fyzická osoba, ktorá doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti.

## **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. 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 :

Vecne a miestne príslušná obec/mesto / ďalej len obec/mesto/ 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/obce a následne mesto/ obec  
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

**Príloha k žiadosti: Určená osoba**

Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti fyzickej osoby, ktorá požiada o poskytnutie sociálnej služby. Táto fyzická osoba má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie. Sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si fyzická osoba žiadajúca o poskytnutie sociálnej služby určí.

**Žiadateľ** (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená):

Titul, meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

**u r č u j e m**

v zmysle § 50 bod 9 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

**Určená osoba:**

Titul, meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Telefón:.....

**len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie.**

V.....dňa.....  
odpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

V.....dňa.....  
podpis určenej osoby

Vaše osobné údaje a osobné údaje určenej osoby spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

§ 92 ods. 6 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"/.

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/ka:.....

nar.:....., bytom:.....

**vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie**

odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .....

.....

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára