



Obec Kvačany  
Kvačany 100  
032 23 Liptovská Sielnica

### 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**K žiadosti je potrebné doložiť potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave.**

Meno a priezvisko žiadateľa \_\_\_\_\_

Rodné priezvisko \_\_\_\_\_ Dátum narodenia \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Štátne občianstvo \_\_\_\_\_

#### V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_

Adresa zákonného zástupcu \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) \_\_\_\_\_

Ak je žiadateľ dôchodca: druh a výška dôchodku \_\_\_\_\_

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

zariadenie pre seniorov

zariadenie opatrovateľskej služby

denný stacionár

opatrovateľská služba

#### Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

terénna

ambulantná

denná

týždenná

celoročná

#### Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností \_\_\_\_\_

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti \_\_\_\_\_

**Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:** manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Adresa

**Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:** manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer	Rok narodenia	Adresa

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

---

---

**Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby**

---

---

**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.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci Kvačany, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 § 19 - § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka\*)

\* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti.