

Mesto D o b š i n á

Adresa: Mestský úrad Dobšiná, SNP 554, 049 25 D o b š i n á

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
zariadenie opatrovateľskej služby

A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

| | |
|--------------------------|-------------|
| Meno a priezvisko | Titul |
| Dátum narodenia | Rodné číslo |
| Adresa: Trvalého pobytu: | |
| Prechodného pobytu: | |
| Rodinný stav | Telefón |
| Štátne občianstvo | |
| Sociálne postavenie | |

B. Údaje o zákonom zástupcovi (vyplňte v prípade, ak osoba, ktorej sa má poskytovať sociálna služba nie je spôsobilá na právne úkony)

| | |
|--------------------------|----------|
| Meno a priezvisko | Titul |
| Adresa: Trvalého pobytu: | |
| Prechodného pobytu: | |
| Dôvod zastúpenia: | Telefón: |

C. Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby

D. Forma pobytu v zariadení (nehodí sa preškrtnite)

a) pobyt poskytovaný celoročne

b) pobyt poskytovaný týždenne

E. Adresa najbližších príbuzných a číslo telefónu (uved'te aspoň dvoch)

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

F. Bola alebo v súčasnosti je žiadateľovi poskytovaný iný druh sociálnej služby ?

Ak áno aký, odkedy – dokedy ?

.....
.....

G. Vyhlásenie žiadateľa

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

V Dobšinej, dňa

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

H. Stanovisko Odboru organizačného, vnútra, sociálnych a podnikateľských vecí MsÚ v Dobšinej

(vyplní sa, ak žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby inými vážnymi dôvodmi, ako je odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení)

Dátum:

Vybavuje:

.....
pečiatka a podpis

Poučenie:

K žiadosti, za predpokladu, že Vám boli vydané, priložte nasledovné posudky:

a) komplexný posudok ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona č. 447/2008 Z. z. , ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.

b) posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom)

I. 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

TK

Pulz

Habitus

Orientácia

Poloha

Postoj

Chôdza

Poruchy kontinencie

II.A

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nálež 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 podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a i.),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná al. objektívna audiometria
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nálež,
- pri mentálnej retardácii psychologický nálež s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nálež,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nálež,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nálež s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrii a pod. raritných ochoreniach priložiť odborný nálež,

Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného stavu fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nálež.

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 nálež, röntgenologický nálež, elektromyografické vyšetrenie, elektroencefalografické vyšetrenia, výsledok počítačovej tomografie, nukleárnej magnetickej rezonancie, 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 dátum

.....
podpis lekára, ktorý lekársky nálež
vypracoval a odtlačok pečiatky

Poznámka: Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V dátum

Pečiatka a podpis lekára

J. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov týmto udeľujem súhlas mestu Dobšiná so sídlom SNP 554, 049 25 Dobšiná so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účely posúdenia mojej odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti registratúry a archívniectva.

V Dobšinej, dňa:

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Mesto D o b š i n á

Adresa: Mestský úrad Dobšiná, SNP 554, 049 25 D o b š i n á

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na opatrovateľskú službu

A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať opatrovateľská služba:

| | |
|---|-------------|
| Meno a priezvisko | Titul |
| Dátum narodenia | Rodné číslo |
| Adresa: Trvalého pobytu: Prechodného pobytu: | |
| Rodinný stav | Telefón |
| Štátne občianstvo | |
| Sociálne postavenie | |

B. Údaje o zákonom zástupcovi (vyplňte v prípade, ak osoba, ktorej sa má poskytovať sociálna služba nie je spôsobilá na právne úkony)

| | |
|---|----------|
| Meno a priezvisko | Titul |
| Adresa: Trvalého pobytu: Prechodného pobytu: | |
| Dôvod zastúpenia: | Telefón: |

C. Odôvodnenie poskytovania opatrovateľskej služby

D. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba ? Ak áno, aký druh sociálnej služby, odkedy – dokedy bol poskytovaný

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

E. Vyhlásenie žiadateľa

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

V Dobšinej, dňa:

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

F. Potvrdenie Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v Rožňave, pracovisko Dobšiná potvrdzuje, že:

Pán/pani nar.:

Bytom:

Je/nie je* poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu.

Inej fyzickej osobe sa **poskytuje/neposkytuje*** peňažný príspevok za opatrovanie žiadateľa.

* nehodiace sa prečiarknite

V Dobšinej, dňa

.....
Odtlačok úradnej pečiatky a podpis

Poučenie:

K žiadosti, za predpokladu, že Vám boli vydané, priložte nasledovné posudky:

a) komplexný posudok ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona č. 447/2008 Z. z. , ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.

b) posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom)

G. 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 TK Pulz

Habitus

Orientácia

Poloha

Postoj

Chôdza

Poruchy kontinencie

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 podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a i.),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná al. 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 pod. raritných ochoreniach priložiť odborný nález,

Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného stavu 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, röntgenologický nález, elektromyografické vyšetrenie, elektroencefalografické vyšetrenia, výsledok počítačovej tomografie, nukleárnej magnetickej rezonancie, denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

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

V dátum

.....
podpis lekára, ktorý lekársky nález
vypracoval a odtlačok pečiatky

Poznámka: Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V dátum

Pečiatka a podpis lekára

H. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov týmto udeľujem súhlas mestu Dobšiná so sídlom SNP 554, 049 25 Dobšiná so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účely posúdenia mojej odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti registratúry a archívniectva.

V Dobšinej, dňa:

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Mesto D o b š i n á

Adresa: Mestský úrad Dobšiná, SNP 554, 049 25 D o b š i n á

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
v zariadení pre seniorov

A. Údaje o osobe, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

Meno a priezvisko:..... Titul

Dátum narodenia: Rodné číslo

Adresa: trvalého pobytu:

prechodného pobytu:

Rodinný stav: Telefón

Štátne občianstvo:

Sociálne postavenie:

B. Údaje o zákonom zástupcovi (v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony)

Meno a priezvisko Titul

Adresa: Trvalého pobytu:

Prechodného pobytu:

Dôvod zastúpenia: Telefón:.....

C. Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby

D. Forma pobytu v zariadení (nehodiace sa preškrtnite)

a) pobyt poskytovaný celoročne

b) pobyt poskytovaný týždenne

E. Adresa najbližších príbuzných a číslo telefónu (uved'te aspoň dvoch)

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

F. Bola alebo v súčasnosti je žiadateľovi poskytovaný iný druh sociálnej služby ?

Ak áno aký, odkedy – dokedy ?

.....
.....

G. Vyhlásenie žiadateľa

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

V Dobšinej, dňa

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

H. Stanovisko Odboru organizačného, vnútra, sociálnych a podnikateľských vecí MsÚ v Dobšinej

(vyplní sa, ak žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby inými vážnymi dôvodmi, ako je odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení)

Dátum:

Vybavuje:

.....
pečiatka a podpis

Poučenie:

K žiadosti, za predpokladu, že Vám boli vydané, priložte nasledovné posudky:

a) komplexný posudok ÚPSVaR na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa zákona č. 447/2008 Z. z. , ktorého obsahom je aj posúdenie stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.

b) posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou (mestom)

I. 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 | TK | Pulz |
|-------|----------|-----|----|------|
|-------|----------|-----|----|------|

Habitus

Orientácia

Poloha

Postoj

Chôdza

Poruchy kontinencie

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 podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a i.),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná al. 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 pod. raritných ochoreniach priložiť odborný nález,

Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného stavu 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, röntgenologický nález, elektromyografické vyšetrenie, elektroencefalografické vyšetrenia, výsledok počítačovej tomografie, nukleárnej magnetickej rezonancie, denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

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

V dátum

.....
podpis lekára, ktorý lekársky nález
vypracoval a odtlačok pečiatky

Poznámka: Podľa § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť aj iná fyzická osoba.

Potvrdenie lekára: Potvrdzujem, že žiadateľ/ka vzhľadom k zdravotnému stavu, nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

V dátum

Pečiatka a podpis lekára

J. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov týmto udeľujem súhlas mestu Dobšiná so sídlom SNP 554, 049 25 Dobšiná so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účely posúdenia mojej odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie žiadostí v súlade s osobitnými právnymi predpismi v oblasti registratúry a archívniectva.

V Dobšinej, dňa:

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

