**Obec Konská,**

**Školská ulica 410/2, 013 13 Konská**

**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. Spracovanie osobných údajov dotknutej osoby :**

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLA-

MENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osob-

ných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom

sídle [www.osobnyudaj.sk/informovanie](http://www.osobnyudaj.sk/informovanie), ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných

miestach prevádzkovateľa.

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