



**OBEC LIPTOVSKÁ OSADA**  
Zariadenie opatrovateľskej služby a Zariadenie pre seniorov

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle § 92 ods. 7 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 platnom znení (ďalej len „zákon o sociálnych službách“)

**ŽIADATEĽ:**

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: -  
\_\_\_\_\_

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

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Adresa prechodného pobytu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Štátne občianstvo \_\_\_\_\_

**KONTAKTNÁ OSOBA ŽIADATEĽA:**

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

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_



**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA** (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       rozvedený/á   
ženatý       ovdovený/á   
vydatá       žije s druhom/družkou

**DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY**, ktorú sa má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

zariadenie pre seniorov   
zariadenie opatrovateľskej služby   
opatrovateľská služba v domácnosti

**FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY** (hodiace sa zaškrtnite):

terénna   
pobytová - celoročná

**VYHLÁSENIE ŽIADATEĽA** (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú uvedené podľa skutočnosti a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> 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.



## SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

V zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytnutých prevádzkovateľovi týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Osobné údaje sú spracúvané na právnom základe zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov a iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na jeho splnenie. Po skončení účelu spracúvania budú záznamy s osobnými údajmi vymazané z elektronických médií a dokumenty s osobnými údajmi v listinnej forme budú zlikvidované s výnimkou tých, ktoré musia byť v súlade s platnou legislatívou SR naďalej uchovávané počas trvania úložnej doby a po jej uplynutí budú tiež zlikvidované. Dotknutá osoba má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať voči ich spracúvaniu, na ich opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania a podať návrh na začatie konania podľa § 100 zákona č. 18/2018 Z. z.

Svojím podpisom potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.

Dňa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka<sup>1</sup>)

## POVINNÉ PRÍLOHY K ŽIADOSTI O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU:

1. **LEKÁRSKY NÁLEZ, DOKLAD O NEPRIAZNIVOM ZDRAVOTNOM STAVE** (prepúšťacia správa z nemocnice alebo lekárske správy) nie staršie ako 6 mesiacov od dátumu podania žiadosti.
2. **KÓPIA LISTINY O USTANOVENÍ ZA OPATROVNÍKA VYDANÁ PRÍSLUŠNÝM SÚDOM**, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na tento druh právneho úkonu.
3. **POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA** o zdravotnom stave žiadateľa, ak nemôže žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav podať žiadosť sám.