



Centrum sociálnych služieb
STUDIENKA
029 55 Novot' 976

**ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE
ODĽAHČOVACEJ SLUŽBY
AMBULANTNOU FORMOU**

pečiatka
podateľne
zariadenia

1. OPATROVATEĽ/KA:

Meno a priezvisko,
u žien aj rodné priezvisko

Dátum narodenia

Rodinný stav:

Rodné číslo:

Číslo OP:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ

Telefón:

e-mail:

2. OPATROVANÁ OSOBA:

Meno a priezvisko,
u žien aj rodné priezvisko

Dátum narodenia

Rodinný stav:

Rodné číslo:

Číslo OP:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

3. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA OPATROVANEJ OSOBY, ak ma obmedzenú spôsobilosť na právne úkony - meno a priezvisko:

Adresa pre zasielanie korešpondencie (vyplniť v prípade že sa nezhoduje s adresou trvalého bydliska):

PSČ

Telefón:

e-mail:

4. DRUH A FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY - poskytovanie podpornej sociálnej služby
– odľahčovacia služba v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby:
HODÍN DENNE v:

Domove sociálnych služieb¹ Špecializovanom zariadení¹ Zariadení pre seniorov¹

6 DEŇ ZAČATIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

7. DEŇ UKONČENIA POSKYTOVANIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY:

8. ZDÔVODNENIE, PREČO OPATROVATEĽ/KA NEMÔŽE ZABEZPEČIŤ OPATROVANIE:

9. ÚDAJE O RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOCH OPATROVANEJ OSOBY žijúcich v spoločnej domácnosti:

príbuzenský vzťah

meno a priezvisko

Adresa, telefón

10. ÚDAJE O RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOCH OPATROVANEJ OSOBY ŽIJÚCICH mimo spoločnej domácnosti:

meno a priezvisko

príbuzenský vzťah

adresa ich terajšieho pobytu

11. DÁTUM A PODPIS OPATROVATEĽA:

--

12. SÚHLAS OPATROVANEJ OSOBY (zákonného zástupcu):

Súhlasím s poskytovaním služieb v CSS STUDIENKA Novot'

Dátum a podpis:

--

12. POTVRDENIE LEKÁRA

- Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav, nemôže sám podať žiadosť o poskytovanie sociálnej služby
- Zdravotný stav menovaného / menovanej / sa nedovoľuje podpísať.

Dátum:

.....
podpis a pečiatka lekára

K ŽIADOSTI JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ:

- súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona číslo 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov opatrovateľa a údajov opatrovanej osoby
- posudok z ÚPSVaR o odkázanosti fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo integrovaný posudok
- potvrdenie o trvaní nároku z ÚPSVaR o priznaní peňažného príspevku za opatrovanie
- písomné vyhlásenie žiadateľa že bude platiť úhradu za sociálnu službu v plnej výške alebo doklady o aktuálnom príjme (napr. dôchodku, sociálnych dávkach) žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb (manžel/ manželka ...) v zmysle § 73 ods. 17 zákona 448/2008 Z.z. v znení neskorších právnych predpisov
- čestné prehlásenie alebo potvrdenie UPSVaR o poskytnutej odľahčovacej službe v aktuálnom kalendárnom roku
- doklad preukazujúci skutočnosť obmedzenia spôsobilosti opatrovanej osoby na právne úkony a doklad o ustanovení opatrovníka, ak bol opatrovanej osobe ustanovený

bez vyššie uvedených dokladov žiadosť nie je kompletná