



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 služieb<sup>1</sup>  Špecializovanom zariadení<sup>1</sup>  Zariadení pre seniorov<sup>1</sup>

**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 na peňažný príspevok za opatrovanie z UPSVaR
- 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*