

## Obec Veľká Hradná

Obecný úrad Veľká Hradná  
Veľká Hradná č. 42  
913 24 Veľká Hradná

Odtlačok pečiatky podateľne

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

### 1. Žiadateľ

meno a priezvisko .....

rodné priezvisko .....

2. Dátum narodenia ..... č. obč. preukazu .....

### 3. Adresa trvalého pobytu

Ulica a číslo domu.....

PSČ ..... okres .....

telefón ..... e-mail .....

prechodný pobyt .....

Korešpondenčná adresa.....

4. Štátne občianstvo.....

**5. Rodinný stav** (hodiace sa zaškrtnite):

- slobodný/á
- ženatý
- vydatá
- rozvedený/á
- ovdovený/á
- žije s druhom (družkou) .....

**6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku** .....

suma mesačne:.....

**7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (hodiace sa zaškrtnite):

-je možné vyznačiť iba jeden druh sociálnej služby

- zariadenie pre seniorov / domov dôchodcov /
- zariadenie opatrovateľskej služby
- opatrovateľská služba
- iné

**Poznámka:**

*Žiadosť o posúdenie odkázanosti na soc. službu sa podáva príslušnej obci (mestu) v mieste trvalého bydliska žiadateľa. Tlačivo žiadosti o posúdenie odkázanosti na uvedený druh soc. služby Vám poskytne obec (mesto).*

**8. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite):

- ambulantná
- terénna
- pobytová (celoročná, týždenná, denná, nepretržitá)

**9. Dôvod na základe ktorého má byť žiadateľ posúdený** (hodiace sa zaškrtnite)::

- ťažké zdravotné postihnutie
- nepriaznivý zdravotný stav
- dovŕšenie dôchodkového veku
- iné vážne dôvody (uved'te) .....

.....

**10. Žiadateľ býva:**

- vo vlastnom dome
- vo vlastnom byte
- v podnájme
- u príbuzných
- iné (uved'te).....

**Počet obytných miestností:**.....**Počet osôb žijúcich v spoločnej domácnosti:**.....**11. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – č. tel.

**12. Príbuzní, ktorí nežijú so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

Meno a priezvisko	Adresa	Príbuzenský vzťah	Kontakt – č. tel.

**13. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

meno a priezvisko zákonného zástupcu.....

adresa ..... PSČ .....

telefón ..... e-mail .....

#### 14. Bol už žiadateľ umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb alebo mu bola poskytovaná iná sociálna služba?

- Áno v ktorom.....
- Nie

#### Spracovanie osobných údajov žiadateľa:

Obec Veľká Hradná spracúva poskytnuté osobné údaje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, na základe zákonného právneho základu, ktorým je zákon č.448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Údaje budú uchovávané po dobu stanovenú zákonom o archívoch a registratúrach a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba môže od prevádzkovateľa požadovať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu, ak spracúvanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu. Predmetné práva si dotknutá osoba môže uplatniť písomne dorúčením žiadosti na adresu: Obecný úrad Veľká Hradná, Veľká Hradná 42, 913 24, osobne do podateľne alebo elektronicky na e-mail [podatelna@velkhradna.sk](mailto:podatelna@velkhradna.sk).

#### Čestné vyhlásenie:

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý – á právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V ..... dňa.....

.....  
vlastnoručný podpis

#### Poučenie:

1. Ak žiadateľ nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav schopný podať túto žiadosť sám, môže v jeho mene, s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravom stave tohto občana podať žiadosť iná fyzická osoba.
2. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je **potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom stave** fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a **lekársky nález** na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.
3. Žiadateľ doloží aktuálne **rozhodnutie** sociálnej poisťovne o výške poberania dôchodku
4. Žiadateľ ďalej doloží **posudok** vydaný Úradom práce a sociálnych vecí a rodiny **na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia**, ak bol tento vydaný, **posudok odkázanosti na sociálnu službu** vydaný inou obcou alebo VÚC, ak bol tento vydaný a právoplatné **rozhodnutie o zbavení spôsobilosti** na právne úkony ak bolo toto vydané.

## **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa ustanovenia § 49 ods. 3 zákona NR SR 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 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 (body mass index):                      TK:                      P:

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 (spitrometria)
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie)
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádia
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo 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 podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález

---

\*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osôb, 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 (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárna magnetická rezonancia (NMR), 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: ..... dňa: .....

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

#### Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) Obec Veľká Hradná uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

### **Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V: ..... dňa: .....

.....  
podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### **P o t v r d e n i e**

Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona NR SR 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 ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Podpísaný MUDr. ....ošetrojúci lekár pána/pani.....

.....bytom.....týmto  
potvrďujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby a môže v jej mene uzatvoriť zmluvu, alebo udeliť súhlas: Meno, priezvisko a príbuzenský pomer.....

Dátum:

.....  
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky