

**MESTO PREŠOV**

Mestský úrad v Prešove, Hlavná ul. č. 73, 080 01 Prešov

Mestský úrad v Prešove  
odbor sociálnych služieb  
oddelenie starostlivosti  
o zdravotne postihnutých  
a seniorov  
Jarková 26  
080 01 Prešov

## Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

### I. Údaje o žiadateľovi

Meno, priezvisko:		Rodné priezvisko:	
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:	Rodinný stav:	
Štátne občianstvo:	E-mail:	Č. tel.:	
Adresa trvalého pobytu:			
Aktuálna adresa /uvedie sa adresa, resp. zariadenie, kde sa žiadateľ v čase podania žiadosti nachádza, a kde je možné vykonať sociálne šetrenie/:			

### II. Druh sociálnej služby (označiť druh služby)

<input type="checkbox"/>	Domáca opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Denný stacionár
<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby

### III. Forma (označiť formu služby)

<input type="checkbox"/>	Ambulantná
<input type="checkbox"/>	Terénna
<input type="checkbox"/>	Pobytová

### IV. Zákonný zástupca žiadateľa, ak nie je žiadateľ spôsobilý na právne úkony

Meno, priezvisko:		E-mail:	
Adresa trvalého pobytu:			Č. tel.:

### V. Kontaktná osoba

Meno, priezvisko:		E-mail:	
Adresa trvalého pobytu:			Č. tel.:

**VI. Rodinní príslušníci žiadateľa**

a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko:	Príbuzenský pomer:	Zamestnanie:

b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko, adresa:	Príbuzenský pomer, bydlisko	Zamestnanie:

**VII. Príjmové pomery žiadateľa**

Druh dôchodku:	Výška dôchodku:
Sociálne dávky/druh/:	Výška dávky:
Iný príjem:	

**VIII. Žiadateľ býva\***

v spoločnej domácnosti		počet obytných miestností	počet členov žijúcich
<input type="checkbox"/>	vo vlastnom dome		
<input type="checkbox"/>	vo vlastnom byte		
<input type="checkbox"/>	v podnájme		
<input type="checkbox"/>	iné (uved'te)		

\* hodiace sa označte

**IX. V súčasnosti sa mi poskytuje uvedený druh sociálnej služby\***

<input type="checkbox"/>	Domáca opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Denný stacionár
<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby

\* hodiace sa označte

**X. Dôvod poskytovania sociálnej služby:**

a/ dôvod žiadateľa:

.....  
.....  
.....  
.....

b/ dôvod, prečo rodinní príslušníci nemôžu opatrovať žiadateľa:

.....  
.....

**XI. Čestné prehlásenie a súhlas na spracúvanie osobných údajov žiadateľa:**

Týmto čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, o ktorú žiadam mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom.

**Vyhlasujem na svoju česť** v súlade so zákonom o správnom konaní č. 71/1967 Zb. v platnom znení, že prílohy, ktoré som dokladoval k tejto žiadosti sú pravdivé a zároveň **vyhlasujem**, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a som si vedomý právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Týmto udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov poskytnutých mestu Prešov v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v rozsahu uvedenom v tejto žiadosti za účelom vybavenia žiadosti a s tým súvisiacich všetkých úkonov súvisiacich s procesom posúdenia odkázanosti na sociálnu službu na obdobie platnosti tohto súhlasu 5 rokov.

V Prešove dňa .....

.....

**vlastnoručný podpis** žiadateľa  
alebo zákonného zástupcu, ak je určený súdom

### XIII. Potvrdenie lekára

Ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a **na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

#### Prílohy:

Kópie odborných lekárskeho správ – nemusí doložiť, ak má:

- **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu alebo**
- **Komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny (ak občan je poberateľom kompenzačných príspevkov.) alebo**
- **Posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný touto obcou alebo týmto vyšším územným celkom alebo inou obcou alebo iným vyšším územným celkom o odkázanosti na inú sociálnu službu na účel posúdenia stupňa odkázanosti tejto fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby**

Kópia rozhodnutia o výške dôchodku

**MESTO PREŠOV****Mestský úrad v Prešove, Hlavná ul. č. 73, 080 01 Prešov**

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

Podľa § 49 ods. 3 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 posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (**vyplňuje zmluvný lekár**).

Meno, priezvisko:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého pobytu:	

**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: (krvný tlak)	P: (pulz)
<b>Habitus:</b>				
<b>Orientácia:</b>				
<b>Poloha:</b>				
<b>Postoj:</b>				
<b>Chôdza:</b>				
<b>Poruchy kontinencie:</b>				

**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 (spirometria),
– pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie),
– pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
– 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 osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

**II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch:**

- popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (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