|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OBEC Obecný úrad  | Odtlačok evidenčnej pečiatky  |

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle 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 znení neskorších predpisov (ďalej len „zákona o sociálnych službách“)

|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko, titul:** /rodné priezvisko/: |
| **Dátum narodenia:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:**  |  |
| **Číslo občianskeho preukazu:**  |  |
| **Telefónne číslo:** |  |
| **Rodinný stav:**  |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Druh dôchodku/výška****dôchodku:** **Iné príjmy:** |  |
| **Kontaktná osoba:** |
| **Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**manžel/ka, rodičia, deti |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer  | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Rodinní príslušníci žijúci mimo spoločnej domácnosti:**Manžel/ka, rodičia, deti |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená:** zariadenie pre seniorov □opatrovateľská služba □ |
| **Forma poskytovanej sociálnej služby:**celoročná pobytová □terénna □ |
| **Ak má žiadateľ obmedzenie spôsobilosti na právne úkony :** Meno a priezvisko opatrovníka :...................................................................................................Adresa opatrovníka : ....................................................................................................................Telefón : ......................................................... e-mail : ................................................................ |
| **Vyhlásenie žiadateľa ( zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby):**Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.V .............................. dňa ........................ ....................................................................... čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby) |
| **Súhlas so spracovaním osobných údajov:** Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obci ....................podľa zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Beriem na vedomie, že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať doručením písomného oznámenia o odvolaní súhlasu so spracovaním osobných údajov Obci Dolný Ohaj.Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 až 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.Ďalej súhlasím, aby tieto osobné údaje boli Obcou ................................. poskytnuté iným subjektom na území SR, ktoré na základe osobitných právnych predpisov vstupujú do právnych procesov súvisiacich s vybavovaním predmetného podania. V .............................. dňa ........................ .................................................................... čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  (zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby) V zmysle § 105 ods. 1 zákona o sociálnych službách súhlasím s vykonaním šetrenia v mojej domácnosti za mojej prítomnosti v súvislosti so zisťovaním a overovaním niektorých skutočností,ktoré sú potrebné na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.V .......................... dňa ....................... ................................................................  čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  (zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby)  |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.** V .............................. dňa ........................ ...................................................... pečiatka a podpis lekára |

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

Podľa § 49 ods.3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991

Zb. o živnostenskom podnikaní ( živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov posudzujúci zdravotnícky pracovník pri výkone zdravotnej 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:...............................................................................

1. **Anamnéza**
2. a ) osobná ( so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu ):
3. b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:

 (body mass index) (krvný tlak) (pulz)

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie:

**II A\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená**

1. pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
2. pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
3. pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
4. pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie ( spirometria),
5. pri zažívacích ochoreniach ( sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, a ďaľšie),
6. pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
7. pri diabete dokumentovať komplikácie ( angiopatia, neuropatia, diabetická noha ),
8. pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna
9. audiometria
10. pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
11. pri mentálnej retardácií psychologický nález s vyšetrením IQ,
12. pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
13. pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
14. pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
15. pri fenylketonúrií 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**

1. a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením ( goniometria v porovnaní s
2. druhou stranou)
3. b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko - rehabilitačný nález ( FBLR nález ),

röntgenologický nález ( RTG nález ), elektromyografické vyšetrenie ( EMG ),

elektroencefalografické vyšetrenie ( EEG ), výsledok počítačovej tomografie ( CT ),

nukleárnejmagnetickej 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

 Poznámka:

 Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní ( živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov sa poskytujú za úhradu . V zmysle § 80 písm. t) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenia 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 (a) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V ...............................................dňa....................

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

 čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

 (zákonného zástupcu, inej fyzickej osoby)