

M e s t o Š u r a n y
Mestský úrad, Námestie hrdinov 1, 942 01 Šurany

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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

| | | |
|--|--------------------------|----------------------|
| Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba: | | |
| Dátum narodenia: | | |
| Adresa trvalého pobytu: | | |
| Telefónne číslo: | | |
| Rodinný stav: | | |
| Štátne občianstvo: | | |
| Kontaktná osoba: | | |
| Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta | | |
| Meno a priezvisko | Príbuzenský pomer | Rok narodenia |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Rodinní príslušníci žijúci mimo spoločnej domácnosti: Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta | | |
| 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 (v prípade poskytovania sociálnej služby v zariadení) | | |
| | | |
| Vyhlasenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý | | |

dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa:.....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Súhlas so spracovaním osobných údajov

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

Dňa:.....

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti

Dňa:.....

.....
Pečiatka a podpis lekára

V Šuranoch dňa

.....
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

Lekársky nález na účely konania vo veciach 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 (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

I. Anamnéza:

a) osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)

b) subjektívne ťažkosti:

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), 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 Šuranoch dňa

.....
podpis a pečiatka lekára, ktorý
lekársky nález vypracoval

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) sa poskytujú za úhradu. V Zmysle § 80 písm. u) Mesto Šurany 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 (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V, dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(alebo zákonného zástupcu), ktorý žiada
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Mesto Šurany

Kmeňové dáta dodávateľa

Obchodné meno:

Adresa – Ulica, číslo domu:

Miesto, PSČ:

Telefón:

Fax:

E-mail:

IČO:

DIČ:

IČ DPH:

Bankové spojenie:

Bankový účet/kód banky:

Vyhotovil:

Dátum:

Podpis:

- Príloha*: - výpis z obchodného registra
- výpis zo živnostenského registra
- licencia

*priložiť čo sa hodí

Poznámka:

Tlačivo vyplní lekár, ktorý vydáva potvrdenie o zdravotnom stave klienta a zašle bezodkladne faktúru Mestu Šurany, Nám. hrdinov č. 1, 942 01 Šurany. Mesto Šurany preplatí v zmysle § 80 písm. u) Zák. č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.