

OBEC KANIANKA

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Žiadateľ:

Priezvisko:	Meno:
Dátum narodenia:	Štátne občianstvo:
Rodinný stav:	
Trvalý pobyt:	

Výber sociálnej služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu, alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku.

VÝBER SOCIÁLNEJ SLUŽBY: (Križikom označte vybranú možnosť)	
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Prepravná služba

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á možných následkov z uvedenia nepravdivých údajov. Zároveň dávam svoji podpisom súhlas dotknutej osoby obci Kanianka vo vzťahu k povinnosti ochrany osobných údajov v zmysle GDPR – Nariadenia európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ako aj Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na využívanie mojich osobných údajov uvedených v žiadosti na účely poskytnutia sociálnej služby a sociálnej pomoci.

V dňa Podpis žiadateľa:

Príloha:

Lekársky nález na účely konania vo veci odkázanosti na sociálne služby

OBEC KANIANKA

LEKÁRSKY NÁLEZ na účely posúdenia odkázanosti na sociálne služby.

Podľa § 97 zákona 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
Sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinný poskytovať súčinnosť poskytovateľom
Sociálnej služby vo veci sociálnych služieb.

Meno a priezvisko: **Rodinný stav:**

Dátum narodenia: **Rodné číslo:**

Adresa bydliska:

Osobná anamnéza:
Subjektívne ťažkosti:
Objektívny nález:
Diagnóza:
Je fyzická osoba: - Pohyblivá <input type="checkbox"/> - Čiastočne pohyblivá <input type="checkbox"/> - Nepohyblivá (trvalo pripútaná na lôžko) <input type="checkbox"/>
Žije: - Osamelo <input type="checkbox"/> - S rodinnými príslušníkmi <input type="checkbox"/>

V dňa

.....

Podpis a pečiatka lekára