



# Ž I A D O S Ť

## o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

**1. Údaje o fyzickej osobe, ktorá má byť posúdená**

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Dátum narodenia</b> .....	<b>Telefónne číslo</b> .....
<b>Rodné priezvisko</b> .....	<b>Štátne občianstvo</b> .....	

**2. Adresa trvalého pobytu**

<b>Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....	<b>PSC</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....	<b>Okres</b> .....
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

**3. Adresa súčasného pobytu** (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)

<b>Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....	<b>PSC</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....	<b>Okres</b> .....
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------

**4. Kontaktná osoba**

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Telefónne číslo</b> .....	<b>e-mail</b> .....
--	---------------------------------	------------------------

**5. Druh dôchodku** (ak je žiadateľ jeho poberateľom)

druh dôchodku .....
---------------------

**6. Rodinný stav** (vyznačte symbolom „X“)

<input type="checkbox"/> slobodný (á)	<input type="checkbox"/> ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/> rozvedený (á)	<input type="checkbox"/> ovdovený (á)
<input type="checkbox"/> žijem s druhom/družkou			

**7. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený** (vyznačte symbolom „X“)

<b>Druh sociálnej služby</b>	<b>Forma sociálnej služby</b>
<input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb	<input type="checkbox"/> denný pobyt
<input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie	<input type="checkbox"/> týždenný pobyt
<input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania	<input type="checkbox"/> celoročný pobyt
<input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko	

**8. Zákonný zástupca** (ak je posudzované dieťa) / **opatrovník** (ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony fyzická osoba alebo právnická osoba (ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti)

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Dátum narodenia</b> .....
<b>Adresa: Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....
<b>PSC</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....
<b>Telefónne číslo</b> .....	<b>e-mail</b> .....
<b>Opatrovník:</b> Doložiť právoplatný rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok	

## 9. Údaje o žiadateľovi

Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

- áno (doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku)  
 nie

## 10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. opatrovníka, fyzickej alebo právnickej osoby, osoby GPM)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa .....

.....  
vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, opatrovníka,  
fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo  
zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby - GPM)

## Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Vaše osobné údaje a údaje zákonného zástupcu, opatrovníka, fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby, ktorá podpisuje žiadosť na základe Generálnej plnej moci, spracúvame na základe 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 a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: [www.unsk.sk](http://www.unsk.sk)

## Zoznam príloh:

- **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu** a odborné **lekárske nálezy** dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (**nie staršie ako 6 mesiacov**), alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu,
- príloha k žiadosti : **Určená osoba** (sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby určí),
- kópia právoplatného rozsudku o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannnej liečbe, ochrannnej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti, v prípade zdravotníckeho zariadenia aj splnomocnenie/poverenie.

**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 (zmluvný lekár).

**Žiadateľ** (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Dátum narodenia</b> .....
--	---------------------------------

**Adresa trvalého pobytu**

<b>Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....	<b>PSC</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------

**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 inkontinencie:

### 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

- 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 ), 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

#### **Poznámka:**

Zdravotné výkony na účely 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 sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) vyšší územný celok 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** .....

.....  
vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, opatrovníka,  
fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo  
zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby - GPM)

## Príloha k žiadosti: Určená osoba

Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti fyzickej osoby, ktorá požiada o poskytnutie sociálnej služby; táto fyzická osoba má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie. Sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si fyzická osoba žiadajúca o poskytnutie sociálnej služby určí.

**Žiadateľ** (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Dátum narodenia</b> .....
--	---------------------------------

**Adresa trvalého pobytu**

<b>Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....	<b>PSČ</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------

**u r č u j e m**

v zmysle § 50 bod 9 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

<b>Titul, meno a priezvisko</b> .....	<b>Dátum narodenia</b> .....
--	---------------------------------

**Adresa trvalého pobytu**

<b>Ulica</b> .....	<b>číslo</b> .....	<b>PSČ</b> .....	<b>Obec (mesto)</b> .....
<b>Telefónny kontakt</b> .....			

**len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.**

V ..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

V ..... dňa .....

.....  
podpis určenej osoby

### Spracúvanie osobných údajov

Vaše osobné údaje a osobné údaje určenej osoby spracúvame na základe 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 a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: [www.unsk.sk](http://www.unsk.sk)