

# Potvrdenie

(v zmysle § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov)

Ošetrojúci lekár fyzickej osoby:

|                   |  |             |  |
|-------------------|--|-------------|--|
| Meno a priezvisko |  |             |  |
| Dátum narodenia   |  | Rodné číslo |  |
| Adresa bydliska   |  |             |  |

(ďalej len ako „fyzická osoba“ a/alebo „záujemca o poskytovanie sociálnej služby“)

týmto

**p o t v r d z u j e m ,**

že menovaná fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby. Fyzická osoba nemôže vzhľadom na svoj zdravotný stav podať vyhlásenie o svojom majetku s úradne osvedčeným vlastnoručným podpisom.

Toto potvrdenie sa vydáva v zmysle § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov na účely poskytovania sociálnej služby.

V..... dňa.....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára